

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

(申請先) 茨木市長

次のとおり申請します。

|       |           |       |       |
|-------|-----------|-------|-------|
|       |           | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 本人との関係    |       |       |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号 |       |       |

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|                  |             |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号      |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号    |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者氏名      |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生 年 月 日 | 年      月      日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住民票上の<br>住所 | 〒               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |             | 電話番号            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 現 住 所       | 〒               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |             | ※住民票と同じであれば記載不要 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |             | 電話番号            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |  |
|--------------|--|
| 再交付する<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 負担割合証 ( 新 ・ 旧 )<br>4 負担限度額認定証 ( 新 ・ 旧 )<br>5 要介護認定・要支援認定等結果通知<br>6 その他( ) |
| 申請の理由        | 1 紛失・消失    2 破損・汚損    3 その他( )   |

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|        |  |              |  |
|--------|--|--------------|--|
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者記号番号 |  |
|--------|--|--------------|--|

◆市記入欄(こちらは記入しないでください)

(申請者)  
マイナンバーカード・運転免許証・その他( )  
(被保険者)  
マイナンバーカード・運転免許証・その他( )

|    |    |
|----|----|
| 確認 | 確認 |
|    |    |






受付者: