

記入見本

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。

申請日を記入

		申請年月日	●年 ●月 ●日
申請者氏名	茨木 太郎		本人との関係
申請者住所	〒 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 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	フリガナ	イバラキ タロウ		
	被保険者氏名	茨木 太郎	生 年 月 日	●年 ●月 ●日
	住民票上の住所	〒 567-8505 茨木市駅前三丁目8番13号 電話番号 ●●●-●●●-●●●●		
	現 住 所	〒 電話番号		

該当に○を記入

再交付する 証明書	① 被保険者証 2 資格者証 3 負担割合証 (新 ・ 旧) 4 負担限度額認定証 (新 ・ 旧)	(新・旧)について 7月に対象者へ「8月1日～翌年7月末」 期限の 新証 が発送されます。この時期 は、 新証 とそれ以前の 旧証 の2枚を所 持することになります。 新証 を再交付希望の場合は(新)に、 それ以前の 旧証 を希望の場合は(旧) に○を記入
	申請の理由	

該当に○を記入

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
--------	--------------

40歳から64歳の場合のみ記入

◆市記入欄(こちらは記入しない)

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

受付印
/ 発行

受付者: