

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	本人
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 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		
現住所	〒	電話番号	●●●-●●●-●●●●

該当に○を記入

ば記載不要

電話番号

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	① 紛失・消失 ② 破損・汚損 ③ その他()	定等結果通知

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)

40歳から64歳の場合のみ記入

(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

受付印
/ 発行

受付者: