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	平成　年　月　日
申請者氏名		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		個人番号	
	フリガナ		性　別	男　・　女
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	住民票上の住所	〒 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		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　負担限度額認定証 3　負担割合証 4　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		医療保険被保険者証記号番号	

課　長	課長代理	係長	担当

受付印

／　発行