様式第4号（第6条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

大槌町長 様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ |  | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | 続柄 |  |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　） | | |
| ※申請者が代理人（同居家族以外）の場合、下記の欄にチェック願います。  被保険者との関係   * 親族（続柄：　　　　　　）　　□　担当介護支援専門員　　□　入所施設職員 * その他（　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |
| 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 明治  大正　　　年　　月　　日  昭和 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | | | | | | 男　　・　　女 |
| 現住所 | 〒  電話番号　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 再交付する  証　明　書 | １ 介護保険被保険者証  ２ 資格者証  ３ 受給資格証明書  ４　負担割合証  ５　各種減額認定証  ６ その他（ ） | 申 請  理 由 | １ 紛失・焼失  ２ 破損・汚損  ３ その他  （ ） |

　※郵送での再交付を希望される場合は、下記の欄を記入願います。（窓口交付の場合は記入不要）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵　送　先 | 送付先住所 | 〒  電話番号　　　　　　（　　　　　） | | |
| フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 氏名 |  |