様式第5号(第7条関係)　（共通様式）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

　伊勢崎市長　様

　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 | 〒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 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 性別 | 男　　女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　(　　　　)　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 　再交付する証明書 | 　1　被保険者証　2　資格者証　3　受給資格証明書　4　その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 　申請の理由 | 　1　紛失・焼失　2　破損・汚損　3　その他(　　　　　) |
| 交　付 | 　１　窓口　　　　　２　郵送 |

|  |
| --- |
| 　　担当者 |
|  |