月日	福祉課	決裁 回覧	課長	補佐	主査	係長	主任	係

介護保険　被保険者証等再交付申請書

村山市長　あて
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　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			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1　被保険者証　　4　負担割合証 2　資格者証　　5　その他 3　受給資格証明書
申請の理由	1　紛失・焼失　　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	

本人確認　免許証　保険証　介護支援専門員証　その他（　　）

受付	作成	確認	交付