介護保険　被保険者証等再交付申請書

三田市長　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	〒 TEL（　　）　　―		

＊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	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日　　性別　男　・　女
	住　　所	〒 TEL（　　）　　―

再交付する証明書等	1　被保険者証 2　負担割合証 3　負担限度額認定証 4　その他（　　）
申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

（医療保険の状況）　2号被保険者（40才から64才の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名			
医療保険者番号		記号番号	

市処理欄

申請受付方法	1　窓口　　2　電話
申請者確認方法	1　健康保険証　　2　免許証　　3　その他（　　）
再交付方法	1　当日交付　　2　郵送　（再交付日 令和　　年　　月　　日）