|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（この申請書を書く人） | | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏　　　　名 |  | 本人との関係 | |  |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | | |

第３号様式

介護保険被保険者証等再交付申請書

三浦市長

　次のとおり申請します。

被保険者（証の再交付を受ける人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証の種類 | １　被保険者証  ２　資格者証  ３　受給資格証明書  ４　負担限度額認定証（　　　　年度）  ５　特定負担限度額認定証  ６　利用者負担額減額・免除等認定証  ７　介護保険負担割合証（　　　　年度） |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　　　２　破損・汚損　　　　３　その他（　　　　　　　　） |

第２号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者記号番号 |  |

※　以下の欄は市役所が使用します。

受付者記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付場所 | 本庁 ・ 南下浦 ・ 初声 | | | | | | | | | | | 受付者 | |  |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 状況 | □認定申請と同時　　○単独 | |

担当者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| □認定申請と同時　　　　　○単独（　□認定結果待ち　　○認定なし又は認定期間中　） | |
|  | □送付先（共通）あり　　○送付先なし |

決裁欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □再交付と同時に回収することにな | 年　　月　　日起案 | 課長 | ＧＬ | 課員 | 起案者 |
| るため、再交付を要しない。 | 年　　月　　日決裁 |  |  |  |  |
| ○上記のとおり再交付してよろしいか。 | 年　　月　　日交付 |