

様式第4号(第2条、第9条、第14条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(提出先)
川越市長

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、申請者住所の欄の記入は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号													
	個人番号													
	フリガナ													
	氏名												生年月日	年 月 日
													性別	男 ・ 女
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 介護保険資格者証 3 介護保険受給資格証明書	4 介護保険負担割合証 5 介護保険負担限度額認定証 6 介護保険特定負担限度額認定証
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歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、記入してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	記号	番号
--------	---------------	----	----

<市役所使用欄> ※保険証の取り扱い

交付日 ・ ・	<input type="checkbox"/> 窓口(確認 免・保・他) <input type="checkbox"/> 郵送(発送日:) <input type="checkbox"/> 送付先設定確認 ※送付先設定がある場合は介護保険課から郵送	備考 市民センター、連絡所扱 CM持参・郵送	取扱者
------------	---	------------------------------	-----