年　月　日

大

生年月日

年　月　日

昭

明

性別

男・女

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　(特定)負担限度額認定証

５　負担割合証

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

飯塚市確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| マイナンバー確認書類 | 個　　通　　住　証　　コ　　ネ |

|  |  |
| --- | --- |
| 身元確認□本人:〇□代理人：△ | 1点　：　免　　パ　　障　　住B　　個　　ケ　　その他（　　　　　　　）2点　：　保　　年　　証　　住A　　学　　医　　その他（　　　　　　　）　 |

 受付印 受付者　　　　　発行日 発送日

住所

被保険者氏名

フリガナ

被保険者番号

個人番号

次のとおり申請します。

(あて先)

電話番号

〒

申請者住所

申請者氏名

本人との関係

申請年月日

飯塚市長

介護保険　被保険者証等再交付申請書