

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先)
飯塚市長

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	

被保険者番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
個人番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

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	
-----	--

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 <input type="checkbox"/> 本人:○ <input type="checkbox"/> 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	