

### 介護保険被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	番 号	2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0																													
	フリガナ											生年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日															
	氏 名											性別	男 ・ 女																		
	住 所	〒 _____ 鷹栖町 _____ 北野東 _____ 北野西 _____ 北野南 _____ 北野北 _____ 町外 _____										線 号	番地	番 号	番 号																
	医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号																			
												※2号保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入										※2号保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入									
理 由	1 破 損 し た										3 紛 失 し た																				
	2 汚 損 し た										4 その他( _____ )																				
再交付する 証明証 等	1 被 保 険 者 証										3 受 給 資 格 証 明 証																				
	2 資 格 者 証										4 その他( _____ )																				
<p>鷹栖町長 様</p> <p>上記の理由により再交付申請します。</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 鷹栖町 _____ 北野東 _____ 北野西 _____ 北野南 _____ 北野北 _____ 町外 _____</p> <p>申請者 _____</p> <p>氏名 _____ (印) ( _____ )</p> <p>電話番号 _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号の記載は不要です。</p>																															

**※鷹栖町記入欄**

上記の申請について次のとおり再交付してよろしいか伺います。

(決済欄)

課  
長  
専  
決

鷹栖町受付印

再交付年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	取扱者名	
--------	----------------------------	------	--