|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険　被保険者証等再交付申請書**（あて先）長崎市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 令 和　　 　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・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |
| 個 人 番 号 |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　－ | 電話番号　　　　　　－　　　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 1. 被保険者証
2. 負担割合証
3. 負担限度額認定証
4. 資格者証
5. 受給資格証明書
 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　　２　破損・汚損　　　３　その他（　　　　　　　　　　　　） |

※　失った被保険者証等をみつけた場合、直ちに届けてください。※　破損・汚損の場合、その被保険者証を添付してください。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 |  |

 |

（伺い）この申請について、再交付して良いでしょうか。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 起案 | 決裁 |
| 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 丁 | 課　長 | 係 長 | 係　員 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付者□交付 （　　　　） | 郵送者□郵送 （　　　　） |
| 年　　月　　日交付済 | 年　　月　　日郵送済 |

 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者 |  | 確認者 |  |  |
| 本人 | □マイナンバーカード　 □運転免許証　　□医療被保険者証□市県民税・国民健康保険税納税通知書□その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 代理 | □委任状　　□マイナンバーカード　 □運転免許証　　□医療被保険者証 □市県民税・国民健康保険税納税通知書□その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　） |

 |