

< 記 入 例 >

第5号様式(第5条関係)

旭市介護保険 被保険者証等再交付申請書

旭市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	平成28年1月1日
申請者氏名	旭 新太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒289-2595 旭市二の1920番地 電話番号 0479-XX-XXXX		

*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	000012345	※個人番号は、下記の1・4・5について再交付する場合のみ記載して下さい。	
	フリガナ	アサヒ タロウ	個人番号	1234567890XX
	被保険者氏名	旭 太郎	生年月日	昭和2年1月1日
			性別	男 ・ 女
	住所	〒289-2595 旭市二の1920番地		個人番号がわからない場合や記入が困難なときは記載は結構です 電話番号 0479-XX-XXXX

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 4 負担割合証 <input type="checkbox"/> 5 負担限度額認定証
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 3 その他()

第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
--------	---------------

確認資料等	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 住記カード	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> その他 ()	