

## 介護保険 被保険者証等（再）交付申請書

岐阜市長様  
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	介護 太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒×××-×××× 岐阜市神田町〇丁目〇〇 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	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	× × × × × × × × × × × × × × × ×	
	フリガナ	カイゴ ハナコ		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 8年 1月 1日
	被保険者氏名	介護 花子		性別	男 ・ <b>女</b>
	住所	〒×××-×××× 岐阜市今沢町△△番地 電話番号 □□□-□□□□			

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	
--------	--	---------------	--

再交付の場合

再交付する 証明書	① 被保険者証 ② 負担割合証 ③ その他 ( )
申請の理由	① 紛失・焼失    ② 破損・汚損    ③ その他 ( )

確認事項

マイナンバーカード・免許証等    月    日    窓口・郵送

担当者	受付者