介護保険　被保険者証等（再）交付申請書

（あて先）　岐　阜　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		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	被保険者氏名			
	住　所	〒 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（　　）

＊申請者の方の本人確認書類（マイナンバーカード、免許証等）のコピーを添付してください。
窓口での受付で、本人確認書類の提示を受けた場合は、本人確認済であることを記載。（免許証の場合は、併せて番号を記載。マイナンバーカードや健康保険証の場合は、番号の記載は不要。）

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