様式第4号（第5条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業保険組合　理事長　あて

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			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格者証 4 負担限度額認定証 5 負担割合証
申請の理由	1 紛 失 ・ 焼 失　　2 破 損 ・ 汚 損　　3 その他（　　）

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	

交付方法	□窓口交付（要本人確認）　□郵送（□構成市町　□組合）　□その他（　　）	
	（郵送の場合）	□被保険者本人宛　□申請者宛　□その他（　　）
本人確認	□運転免許証　□パスポート　□各種保険証　□郵便物　□その他（　　）	