

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	平成	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	<input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 構成市町 <input type="checkbox"/> 組合) <input type="checkbox"/> その他()				
	(郵送の場合) <input type="checkbox"/> 被保険者本人宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> その他()				
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 各種保険証 <input type="checkbox"/> 郵便物 <input type="checkbox"/> その他()				