0

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記載番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証　明　書 | １　被保険者証  ２　負担割合証  ３　受給資格証明書  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 |  |

介護保険　被保険者証等再交付申請書

屋久島町長　様

　次のとおり申請します。

＊申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入