

介護保険

提出先： 佐倉市役所 介護保険課 (043)484-6187・6174
〒285-8501 佐倉市海隣寺町97 【福祉センター 1階】

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 佐倉市長
次のとおり申請します。

申請者	氏名	原則本人・家族・成年後見人 (自署)	申請年月日	年 月 日
	住所	〒 -	被保険者からみた関係	
		電話 () -		

*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
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 -	電話 () -	

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 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 ()

以下は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	
---------------	--

市役所処理欄	確認者	番号確認	番号	通知	住民票	住・P・A
		身元確認	運免・障手	介保・健保・負割・後保	その他 ()	
		代理権	戸籍・証明	委任・介保	その他 ()	
		代理身元	番号	運免	居専	その他 ()