

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】

記入例

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。

			申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者	氏名	原則本人・家族・成年後見人 (自署) <b>佐倉 一郎</b>	被保険者からみた関係	<b>子</b>
	住所	〒 <b>285-〇〇〇〇</b> <b>佐倉市〇〇〇町〇〇番地佐倉市〇〇〇町〇〇番地</b>  電話 <b>043 (484) 〇〇〇〇</b>		

\*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	<b>0 0 0 0 9 8 7 6 5 4</b>	個人番号	
	フリガナ	<b>サクラ タロウ</b>	生年月日	明・大 <b>昭</b> 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	<b>佐倉 太郎</b>	性別	<b>男</b> ・ 女
	住所	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> <b>佐倉市〇〇〇町〇〇番地</b>  電話 <b>043 (484) 〇〇〇〇</b>		

再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 4 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 5 負担割合証
	申請の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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 ( )