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	○○年○○月○○日
申請者	氏　名	原則本人･家族･成年後見人（自署） **佐倉　一郎**	被保険者からみた関係	**子**
	住　所	〒**２８５－○○○○** **佐倉市○○○町○○番地** 電話**０４３（４８４）○○○○**		

＊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	**0 0 0 0 9 8 7 6 5 4**	個人番号	
	フリガナ	**サクラ　タロウ**	生年月日	明・大 (昭) ○○年○○ 月○○ 日
	氏　名	**佐倉　太郎**		
	住　所	〒**○○○－○○○○** **佐倉市○○○町○○番地** 電話**０４３（４８４）○○○○**		

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（　　）