

介護保険 被保険者証等再交付申請書

檜葉町長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	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・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号											
	フリガナ											生年月日		年 月 日									
	氏名											生年月日		年 月 日									
	住所	〒 9 7 9 - 檜葉町大字 電話番号																					

＊個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他（ ）
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 記 号 番 号	
--------	--	---------------------	--

問い合わせ先
檜葉町役場 保健福祉課 介護保険係
〒 979-0696 福島県双葉郡檜葉町大字北田字鐘突堂 5 番地の 6
TEL 0240-23-6102