介護保険　被保険者証等再交付申請書

新温泉町長　様
次のとおり申請します。

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		

※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	大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
	住　　所	〒 兵庫県美方郡新温泉町 電話番号		

再交付する証明書	1　被保険者証　　4　負担限度額認定証 2　資格者証　　5　負担割合証 3　受給資格証明書　　6　その他
申請理由	1　紛失・焼失 2　破損・汚損 3　その他（　　）

第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	

この申請書に記載いただいた特定個人情報（新温泉町個人情報保護条例第２条第３号に規定する特定個人情報をいう。）は、介護保険に係る事務に利用します。