様式第４号（第５条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

豊後高田市長　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	年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　－ 電話番号　－　－		

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　社会福祉法人減免認定証 5　負担限度額認定証 6　特定負担限度額認定証 7　負担割合証
申請の理由	1　紛失・焼失　2　破損・汚損　3　未着 4　その他（　　）

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

※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