

担 当	係 長	課 長	担 当	係 長	課 長

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)川崎市 区長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申 請 者	氏 名	(1 本人 2 代理人)	本人との関係
	代 理 人 の 住 所	〒	
		電話番号	()

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	住 所	〒		
		電話番号	()	

(該当する番号に○印を付けてください。)

証 の 種 類	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証(暫定被保険者証) 4 受給資格証明書 5 負担限度額認定証 6 利用者負担額減額・免除認定証 7 特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 8 利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)

医 療 保 険 者 名		医 療 保 険 者 番 号						
医 療 保 険 被 保 険 者 記 号 及 び 番 号		被 保 険 者 (世帯主) 氏 名				続 柄		
		資 格 取 得 日						

処理欄	回 収 月 日
	月 日

注 太枠内のみ記入してください。