

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						
医療保険被保険者証記号及び番号		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。