第３号様式（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　　　南さつま市長　　殿　　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　年 　月 日 |
| 申請者氏名 | 　　　印　 | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒電　話　　　（　　）　　　 |

　※　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 |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 |  |
| 住所 | 〒南さつま市電　話　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　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　　　称 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |

 |