様式第２号(第２条関係)

介護保険　被保険者証交付・再交付申請書

(宛先)
輪島市長

次のとおり申請します。

個人番号		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		

フリガナ 被保険者氏名		生年月日	年　月　日	性別	男・女

住　所	〒

要介護認定の有無	①　有(申請中含む)　　②　無

☆　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	

☆　再交付申請の場合のみ記入

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　負担限度額認定証 5　利用者負担額減額免除認定証 6　旧措置入所者に係る特定負担限度額認定証 7　旧措置入所者に係る利用者負担額減額免除等認定証 8　負担割合証
申請の理由	1　紛失・消失　2　破損・汚損　3　未着　4　その他(　　)