

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		生年月日	年	月	日	性別	男・女
被保険者氏名							

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()