様式第 13 号（第 16 条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

浜田地区広域行政組合管理者　様

次のとおり申請します。

		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		

＊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			
	フリガナ 氏　名		個人番号	
			生年月日	明･大･昭　年　月　日
			性　別	男 ・ 女
	住　所	〒		

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
申請の理由	1　紛失･焼失　　2　破損･汚損　　3　その他（　　）

※2場合は破損･汚損したもの提出してください。

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	

※常用漢字を用いておりますので、旧字体の氏名等が、正しく印字できない場合があります