様式第5号(第6条、第8条、第19条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　宇土市長　様　次のとおり申請します。 |
| 　 | 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 申請者(提出代行者)氏名 |  | 被保険者との関係 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　 |
|  | 事業所の名称 |  | 事業所の種別 |  |  |
| ※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 | 　 | 生年月日 | 明・大・昭年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 | 　 | 性別 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 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(　　　　　　) |
| 受取方法 | 1　窓口　　2　郵送 |
| 　 |