

介護保険

被保険者証等 交付 申請書

再

(宛先) 長野市長

申請日

令和 年 月 日

再交付

2号証申請

被保険者番号

被保険者 (申請者)

個人番号

住所 アパート名等	長野市	氏名 フリガナ	明	生年月日	大	性別	昭
	電話 ()		男		女		

交付する 証明書	1:介護保険被保険者証 2:資格者証 3:負担割合証	再交付 の理由	1:紛失・焼失 2:破損・汚損 3:その他 ()
-------------	----------------------------------	------------	---------------------------------

医療保険

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入の方) のみ記入してください。

医療保険者 資格取得日	国民健康保険 社会保険事務所 健康保険組合	被保険者名	保険者番号	記号	番号
	被保険者名	記号	番号		

申請代理人

被保険者本人が申請した場合、記入する必要はありません。

住所 アパート名等		氏名 フリガナ	被保険者との関係
	電話 ()		

確認	被保険証 回収 <input checked="" type="checkbox"/>	入力 <input checked="" type="checkbox"/>	証発行 郵送 <input checked="" type="checkbox"/>	届出入の本人確認書類 1点で可 (写真つき) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	2点以上 (写真なし) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考	受付者 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険課 扱 <input checked="" type="checkbox"/> 支所 扱
	未回収 <input checked="" type="checkbox"/>						

太ワク内の項目を記入してください。