この申請書はパソコン上でも入力できます。

介護保険　被保険者証等再交付申請書

豊　島　区　長　宛

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成　年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号　（　）		

ここは自署でお願いします

※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		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	被保険者氏名		性別	男　・　女
	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 訪問介護利用者負担額減額認定証 5 標準負担額（特定標準負担額）減額・免除認定証 6 利用者負担額（旧措置入所者）減額・免除認定証 7 負担限度額（特定負担限度額）認定証
申請の理由	1 紛失・焼失　2 破損・汚損　3 その他（　）

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	
医療保険者番号		医療保険の被保険者名	