様式第23号(第13条関係)

介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

　　ふじみ野市長　宛て

　下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 性別 | 男・女 |
| 被保険者住所 | 〒  電話 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付・再交付する証  (証明証) | 1　被保険者証　　　　　　　2　資格者証　　　　　　　3　受給資格証明書  　　4　利用者負担割合証　　　　5　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 申請の理由 | 1　新規交付　　　　2　紛失　　　　　　3　破損・汚損  　　4　未送達　　　　　5　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

　以下は、第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の被保険者証新規交付希望時のみ記入してください。

　※医療保険証の提示が必要となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 記号番号 |  |

処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 交付 | 被保証種類 | 履歴修正 | 交付簿チェック | 資格取得 | 確認 |
| 窓・TEL・職 | 郵送・窓口 | 新・旧 | 被保証・資格証 | 受給資格証明書 | 第2号被保険者 |  |