

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

フリガナ		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
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	