

# 介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証等再交付申請書

川西町長 様  
 次のとおり申請します。

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

|        |         |   |     |
|--------|---------|---|-----|
| 個人番号   |         |   |     |
| フリガナ   | 生 年 月 日 |   | 性 別 |
| 被保険者氏名 | M・T・S   | . | 男・女 |

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
| 住 所  | 〒 |  |  |
| 電話番号 |   |  |  |

|          |              |     |
|----------|--------------|-----|
| 要介護認定の有無 | 1 有 (申請中も含む) | 2 無 |
|----------|--------------|-----|

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| 再交付する<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 負担割合証<br>5 その他 ( ) |  |  |
| 申請の理由        | 1 紛失・焼失      2 破損・汚損      3 その他 ( )                    |  |  |

第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 |  |
|--------|--|---------------|--|

備考

|  |
|--|
|  |
|--|