

介護保険被保険者証等再交付申請書

横浜市

区長

年

月

日

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所			
	Tel		

被保険者番号		個人番号	
フリガナ			
被保険者氏名			
生年月日	明・大・昭	年	月 日
住所			
	Tel		

再交付する証明書	申請の理由 1 紛失 2 焼失 3 汚損 4 破損 5 未着 6 その他
1 被保険者証	
2 受給資格証明書	
3 負担限度額認定証	
4 利用者負担減免認定証	
5 特定負担限度額認定証（旧措置）	
6 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置）	
7 負担割合証	未納保険料
8 自己負担助成証（在サ・GH・施設居住費）	有 ・ 無

誓約書
紛失した証明書を発見したときは、直ちに返納し、貴市に負担をかけないようにします。

氏名

* 第2号被保険者(40歳から64歳までの被保険者)の方のみ記入してください。

医療保険者名		被保険者証記号・番号	
--------	--	------------	--

処 理 欄	課長	係長	係員	決	裁	資格者証交付	入力処理	受付
				年 月 日 起案				
				年 月 日 決裁				

- (注意) 1 申請の理由の1に該当する場合は、誓約書の欄に記名してください。
 2 申請の理由の3及び4に該当する場合は、今までお使いの証明書を添えてください。
 3 虚偽又は不正の届出をすると条例により罰せられることがあります。