

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	横浜市 区	Tel	

*申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名及び電話番号は、記載不要

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	性別	男・女
住所	横浜市 区	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 6 旧措置入所者利用者負担額減免認定証 7 負担割合証 8 自己負担助成証(在サ・GH・施設居住費)	未納保険料 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、誓約書の欄に署名してください。
 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。