

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

徳島市長様

次のとおり申請します

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	印	被保険者との関係
申請者住所	〒 <input style="width: 100%;" type="text"/>	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0					
	マイナンバー								
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名							性別	男 女
住所	〒 <input style="width: 100%;" type="text"/>								

再交付する証	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担割合証 4 負担限度額認定証
申請の理由	2 1 紛失・消失 2 2 破損・汚損 2 3 未着 2 4 その他 ( )

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	医療保険者名								
	保険者番号								
	医療保険被保険者証 記号番号								

係長	発送	窓口交付	確認	入力	受付

徳島市  
介護保険課

代理権確認   
 申請者身元確認   
 被保険者（マイナンバー確認 身元確認）   
 サ届同時提出 有・無