

様式第5号（第6条、第6条の2関係）
介護保険 被保険者証等再交付申請書

美幌町長 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		

被 保 険 者	個 人 番 号																	
	被保険者番号																	
	フ リ ガ ナ																	
	被保険者氏名													生 年月日	年 月 日			
														性 別	男 ・ 女			
住 所	〒 電話番号																	

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 負担割合証
申 請 の 理 由	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 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 者 名		医 療 保 険 被 保 険 者 証 記 号 番 号	
-------------	--	---------------------------	--