

第5号様式(第6条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

厚岸町長 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	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																			生年月日	明・大・昭	年	月	日															
	被保険者氏名																			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 資格者証 3 受給資格証明書
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	
--------	--	---------------	--