

様式第10号（第7条、第9条、第12条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

都城市長 宛て

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	

※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													
	個人番号													
	フリガナ											生年月日	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	確 認		免許証	バス券	
	2 資格者証		本人			
	3 受給資格証明書		代理人			
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歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

処 理 欄	受付	入力	点検	代理権確認 <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考 特徴・普徴 (滞納 あり・なし) 認定あり () 申請中・期限切れ・認定なし 還付 (あり・なし)
				身元確認 <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> その他 ()	
				番号確認 <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> その他 ()	