様式第３号（第８条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

坂城町長　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	
	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			
	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　　5　その他（　　） 2　資格者証 3　受給資格証明書 4　負担割合証
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	