別記様式第２号（第５条関係）

介護保険被保険者証再交付申請書

越知町長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	
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
	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 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（　　）

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	