

<h2 style="margin: 0;">堺市介護保険被保険者証等再交付申請書</h2> <p style="margin: 0;">堺市長殿</p> <p style="margin: 0;">被保険者証等の再交付について、堺市介護保険施行規則第6条の規定により、次のとおり申請します。</p>		主管課  受付  受付者						
		申請年月日	年 月 日					
申請者氏名	(※)	本人との関係						
申請者住所	〒堺市		電話番号 ( )					
* 申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所及び電話番号は、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					
	被保険者氏名	(※)	年 月 日					
	住所	〒堺市		電話番号 ( )				
再交付申請内容	再交付する証明書等	1 被保険者証 2 資格者証(暫定被保険者証) 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 その他( )						
	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)のみ記入すること。							
	医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号						
(注)(※)において、申請者又は被保険者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。								
上記の申請について、証等を再交付してよろしいか。								
介護保険処理欄	被保険者資格の確認	受給資格の確認	備考	決裁欄	課長	課長補佐	係長	起案者
	/ 確認	/ 確認						
	保険料納付状況の確認	証等の交付				主幹	主査	
	/ 確認	/ 交付・郵送						