様式　第　4　号（第16条、第17条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

羽曳野市長　様
次の通り申請します。

		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は、申請者欄記載不要

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
	被保険者名		性別	男　・　女
	住　　所	〒 電話番号		

再交付する証明書等	1.　被保険者証 2.　負担割合証 3.　負担限度額認定証 4.　資格者証
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証記号番号	

受取人サイン

市記入欄

受付場所	窓口 郵送	受付担当		備考	
申請者本人確認欄	免許証　運転経歴証明書　被保険者証（ 医 ・ 介 ） 負担割合証　負担限度額証 医療証　マイナンバーカード　住民基本台帳カード　その他（　　）				

／　自宅郵送