**様式第４号**（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　被保険者証等再交付申請書　盛岡北部行政事務組合　管理者　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 |  |
| 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 |  |
| 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　　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 |  |

　 |