

介護保険 被保険者証等（再）交付申請書

富士宮市長 あて
次のとおり申請します。

申請事由	交付 ・ 再交付	申請年月日	令和 年 月 日
交付証明書	被保険者証 ・ 資格者証 ・ 負担割合証 ・ その他（ ）		
申請の理由	1 新規 2 紛失・焼失 3 破損・汚損 4 その他（ ）		

申請者記入欄（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です。）

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号（ ） —		

被保険者記入欄（受給資格証明書申請者の方のみ転出先予定住所をご記入ください。）

被 保 険 者	被保険者番号			
	個人番号	※受給資格証明書、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請者は記入なし		
	フリガナ		異動予定日	令和 年 月 日
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
			性別	男 ・ 女
	(転出前)住所	〒 電話番号（ ） —		
転出先 予定住所	〒 電話番号（ ） —			

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）記入欄

医療保険者名		医療保険者番号	
医療保険被保険者証記号番号		資格取得日	昭・平 年 月 日

市処理欄	令和	年	月	日	発行済
------	----	---	---	---	-----