様式第13号(第12条、第21条の2関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)　舞鶴市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		被保険者との関係	
※ 申請者住所	〒 電話番号		

※　申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0							
	個人番号											
	フリガナ									生年月日		
	氏名									大正・昭和　年　月　日		
	住所	〒 電話番号										

再交付する証明書	1　被保険者証 2　負担割合証 3　資格者証 4　受給資格証明書 5　負担限度額認定証
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歳までの医療保険加入者)の方のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

〈市記入欄〉	宛名番号								
	本・代	①		個人番号カード		運転免許証			代理権
		②		被保険者証(国・後・社／介)					