様式第１号（第５条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

北広島町長　様

		申請年月日	令和　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・電話番号は記入不要

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0	**個人番号**	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	被保険者氏名		性　別	男　・　女
	住　　所	〒731－ **北広島町** 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　負担限度額認定証 ４　その他 （　　）
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	

北 広 島 町 受 付

決裁	処理日付　　年　　月　　日			
	課　長	課長補佐	係　長	係

交付方法
□　郵　送
□　窓　口
□　その他