別記第４号様式（第６条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

富良野市長　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・電話番号は記入不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日		
	氏名				
	住所	電話番号			

＊個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する証明書	1　被保険者証 2　資格者証 3　負担限度額認定証 4　負担割合証 5　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		医療保険被保険者記号番号	

※第２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）は、医療保険各法による医療保険加入情報を確認できるものを提示してください。