

様式第3号（第6条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

（あて先）京田辺市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		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																				
	フリガナ											個人番号									
	被保険者氏名											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 負担割合証 4 負担限度額認定証 5 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証 6 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	
--------	--	---------------	--