

第7号様式（法規則第27条関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

多摩市長 殿
次のとおり申請します。

		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・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号												個人番号															
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日														
	被保険者氏名																											
	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 受給資格証明書	4 負担限度額認定証 5 負担割合証
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	
--------	--	---------------	--

市記入欄

受付場所	窓口 郵送
交付方法	窓口 郵送
交付先	本人 送付先 申請者 他 ()

身元確認

番号	番号C 他 ()	通知C	住民票	住基
身元 1 点	番号C 住基C 他 ()	運転免許証 身障 精障	運経証明書 在留C	パスポート 特永証明
	介護証 他 ()	後期証	健康保険証	年金手帳
2 点				
代理権	委任状 他 ()	登記事項証明書	介護証	後期証 健康保険証