

第3号様式（第4条関係）

郡山市介護保険被保険者証等再交付申請書

郡山市長

次のとおり申請します。

| | | | | |
|-----|----|----------|--------|-------|
| 申請者 | 氏名 | | 申請年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 | 本人との関係 | |
| | | 電話番号 () | | |

| | | | | |
|------|--------|---|----------|-------------|
| 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 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 () | |

| | |
|--------------|--|
| 再交付の申請をする証書等 | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険資格者証 <input type="checkbox"/> 受給者資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 |
|--------------|--|

| | |
|-------|---|
| 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 () |
|-------|---|

| | | |
|-------------------|---------------|--|
| 第2号被保険者に 関する事項 | 医療保険者名 | |
| | 医療保険被保険者証記号番号 | |

備考

- 1 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は必要ありません。
- 2 □のある欄は、該当箇所にレ印を付けてください。