別記様式1－5

介護保険被保険者証等再交付申請書

木古内町長　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・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　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　受給資格証明書
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	