様式第13号(法施行規則第27条第1項及び第83条の6第7項関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書								
会津美里町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	関係			
申請者住所			申請の場合はその方のお名前や住所を、 人で申請される場合はご本人のお名前・ご住所をご記入ください。 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								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 性 別	男	年 月 ・ 女	日
	住所		〒 対象者のお名前などをご記入ください。 (届出人と住所が同じ場合は「 同上 」とご記入ください。) 電話番号					
再交付する証明書		 被保険者証 資格者証 負担限度額認定証 受給資格証明書 						
			再交付する証と理由 それぞれに○をつけてください。					
申	申請の理由		1 紛失・焼失23 その他(? 破損・汚	損		
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								

届出人の方の身分証の写しと合わせて申請くださいますようお願いいたします。