介護保険　被保険者証等再交付書

宇部市長　様
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		性　　別	男　・　女	
	住　　所	〒 電話番号			

再交付する証明書	1　被保険者証　　4　（　　）認定証 2　負担限度額認定証　　5　負担割合証 3　受給資格証明書
申請の理由	1　紛失・消失　　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	

市受付日		市入力日	
市受付者		市入力者	

高齢者総合支援課	課　長	副課長	係　長	係　員

記入例

介護保険　被保険者証等再交付書

宇部市長　様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　元　年　5　月 7　日
申請者氏名	宇部　花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒755-8601 宇部市常盤町一丁目7番1号 電話番号　31-4111		

＊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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号		
	フ リ ガ ナ	ウベ タロウ	生年月日	明・(大)・昭 3 年 5 月 3 日	
	被保険者氏名	宇部　太郎	性　別	(男)・女	
	住　所	〒 同　上 電話番号			

再交付する証明書	(1) 被保険者証　　4 （　　）認定証 2 負担限度額認定証　　5 負担割合証 3 受給資格証明書
申請の理由	(1) 紛失・消失　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	

市受付日		市入力日	
市受付者		市入力者	

高齢者総合支援課	課　長	副課長	係　長	係　員