介護保険　被保険者証等再交付申請書

みやこ町長　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です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フ リ ガ ナ		生年月日	大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男 ・ 女
	住　　所	〒　　電話番号 みやこ町		

※該当する番号に〇をつけてください。

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 介護保険負担割合証 5 その他（　　）
申 請 の 理 由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

※申請者の本人確認ができる書類（運転免許証、保険証等）を添付してください。

事務処理欄　※該当する項目にチェックをつけてください。

本人確認事項	□運転免許証　□パスポート　□マイナンバーカード □その他（　　）　□面識・質問（職員氏名　　）