

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第20号様式(第19条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

霧島市長 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		

※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	フリガナ		被保険者番号										
	氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月	日						
			性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒 電話											

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 認定証 ()
紛失の理由	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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者 証 記 号 番 号	
--------	--	-----------------------	--

再交付年月日	令和 年 月 日
--------	----------