様式第３号（第16条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

一関地区広域行政組合管理者　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			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	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 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証
申請の理由	1 紛失・焼失　2 破損・汚損　3 その他（　　）