

確認方法	・免許証 ・健康保険証 ・パスポート ・老人医療受給者証 ・預金通帳 ・その他 ()
	交付区別 窓口 ・ 郵送

介護保険 被保険者証等（交付・再交付）申請書

柏崎市長 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	〒 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ											生年月日	年 月 日							
	氏 名																			
	住 所	〒										電話番号								

交付・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 利用者負担額減額・免除（等）認定証 6 負担限度額認定証（食費・居住費等）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()	

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

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