

確認方法	・免許証 ・健康保険資格確認書 ・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

柏崎市長 様

		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（ ）	

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