

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 4 負担割合証 2 資格者証 5 利用者負担額減額・免除（等）認定証 3 受給資格証明書 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	
--------	--	----------------------	--

市使用欄

確認方法（申請者）	☐ MN カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 資格確認書 ☐ その他（ ）
確認方法（被保険者）	☐ MN カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 資格確認書 ☐ その他（ ）
交付区別	☐ 窓口 ☐ 郵送