様式第5号(第6条関係)

介護保険　被保険者証等再交付申請書

伊方町長　　様
次のとおり申請します。

		申請年月日	平成28年1月4日
申請者氏名	伊方　太郎	本人との関係	本人
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	※※※※※※※※※※		
	個人番号	※※※※※※※※※※※※		
	フリガナ	イカタ　タロウ		
	被保険者氏名	伊方　太郎	生年月日	明治40年1月1日
			性別	㊚　・　女
	住　　所	〒796-0301 伊方町湊浦１９９３番地１ 電話番号　0894-38-2652		

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
申請の理由	①　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他(　　)

二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	