**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

**負担割合証再交付申請　記入例**

**一斉発送日から令和２年７月３１日まで**

（あて先）佐賀中部広域連合長

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者** | **申請日** | **令和２**年　　**７**月　　　**２２**日 |
| **(ﾌﾘｶﾞﾅ)**  **氏名** | **コウイキ　ジロウ**  **広域　次郎** |
| **住所** | 〒**８４０－０１１２**　　　　　　　　　　電話番号**０９５２－２２－２２××**  **佐賀市大財２２２丁目２番２号** |
| **被保険者**  **との関係** | **弟** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | **被保険者番号** | **０** | **０** | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| **個人番号** | **０** | **０** | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** | **×** | **×** |
| **(ﾌﾘｶﾞﾅ)**  **氏名** | **コウイキ　ハナコ**  **広域　花子** | | | | | | | | | | | | |
| **住所** | **同上** | | | | | | | | | | | | |
| **生年月日** | 明・大・昭・西暦　　　　**１０**年　　**７**月　　**７**日 | | | | | | | | | | | | |
| **性別** | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **交付する**  **証明書等** | □　被保険者証　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　）  □　資格者証  □　受給資格証明書  **元　２**  ☑　負担割合証（新規・再交付）  □　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（　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （受付欄）  **〇　元年度のみ必要「元」**  **〇　２年度のみ必要「２」**  **〇　元年度と２年度が必要「元　２」**  **と記載する** | | | | | | | | | | | | |
|  | 受付日 | 年　　月　　日 | | 受付 | |  | 号種 | | □１号  □２号  └医療保険  □加入　□未加入 | | 被保証発行 | □要  □不要  （認定申請,居宅届） | |
| （処理欄） | | | | | | | | | | | | | |
|  | 処理 | 認定審査課 | 業務課 | | 給付課 | | | 備考 | |  | | | |
|  |  | |  | | |