**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３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３**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**２　３**☑　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　２年度のみ必要「２」****〇　３年度のみ必要「３」****〇　２年度と３年度が必要「２　３」****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 |  |
|  |  |  |