第４号様式（第３条・第４条・第14条・第26条・第29条の２・第30条・第31条の２関係）

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

（宛先）沼津市長

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 | 〒<br>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 | | 提供難 |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年　月　日 | |
| | 氏　名 | | | | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | | |

※　被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証・特定負担限度額認定証の再交付申請には、個人番号（マイナンバー）の提供が必要になりますが、提供が困難な場合は、個人番号欄右の提供難に○を付けてください。その場合は、個人番号の確認の為の添付書類等も必要ありません。

| | |
|---|---|
| 再交付する証明書 | ・個人番号が必要な証明書<br>1　被保険者証<br>2　負担割合証<br>3　負担限度額認定証<br>4　特定負担限度額認定証<br>・個人番号が不要な証明書<br>1　資格者証<br>2　受給資格証明書<br>3　その他（　　） |
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療保険者名 | | 被保険者記号番号 | |