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。

本人又は、同居の家族が原則
成年後見人等の場合は、裁判所の証
明書と身分確認書類のコピーを添付

		申請年月日	令和○年○○月○○日
申請者氏名	沼津　太朗	本人との関係	本人
申請者住所	〒 410-8601 沼津市御幸町１６－１　電話番号　934-4837		

※　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	ヌマヅ　タロウ		生年月日	○○年○○月○○日
	氏名	沼津　太朗			
	住所	〒 410-8601 沼津市御幸町１６－１　電話番号　934-4837			

※　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 (1) 被保険者証 2　負担割合証 3　負担限度額認定証 4　特定負担限度額認定証 ・個人番号が不要な証明書 1　資格者証 2　受給資格証明書 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	