様式第１２号（第１０条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

泉崎村長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	泉崎　花子	本人との関係	子
申請者住所	〒969-0101 泉崎村大字〇〇字△△１―２ 電話番号　0248-〇〇-0123		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 1 1 1 1	個人番号		
	フリガナ	イズミザキ　タロウ	生年月日	Ｓ１０年　４月　５日	
	氏名	泉崎　太郎			
	住所	同上 電話番号　0248-〇〇-0123			

＊個人番号欄は、1，3，4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する証明書	(1) 被保険者証 2　資格者証 3　負担限度額認定証 (4) 負担割合証 5　その他（　　）
申請の理由	(1) 紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

２号被保険者（４５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	