第５号様式（第７条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

（宛先）港区長
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	〒 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です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	被保険者氏名		性　別	男　・　女
			個人番号	
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　負担割合証 3　資格者証 4　受給資格証明書
申請の理由	1　紛失・盗難　2　破損・汚損　3　未　着　4　その他（　　）

２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

港区使用欄　　受渡方法（窓口・郵送）　　破損・汚損の証（回収・未回収）

本人確認	１点確認	マイナンバーカード・在留カード 運転免許証・運転経歴証明書 その他〔　　〕	２点確認	健康保険証・シルバーパス・年金手帳 住基カード（写真無） その他〔　　〕