

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	<div>〒</div> <div>電話番号</div>		

* 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		医療保険被保険者記号番号	
--------	--	--------------	--

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	資格確認書・シルバーパス・年金手帳 その他〔 〕
----------	-----------	--	-----------	-----------------------------