様式第３号（第５条関係）

被 保 険 者 証 等 再 交 付 申 請 書

　　（あて先）掛川市長

　　次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 | | |

（注）申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所の欄は、記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 個人番号 |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　 日 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主氏名 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証明書 | １　被保険者証  ２　負担割合証  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・消失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　） |

第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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |