

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				
	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・焼失    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	
--------	--	---------------	--