介護保険　被保険者証等再交付申請書

木曽広域連合長　様
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・電話番号は記入不要です。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　名			
	住　所	〒 電話番号		

※個人番号（マイナンバー）欄は記入不要です。

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（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者記号番号	

（お問合せ先）
木曽広域連合　介護保険係
住　　所　399-6101　長野県木曽郡木曽町日義４８９８番地３７
電話番号　0264-23-1050

---------- 木曽広域連合記入欄 ----------

交付日	窓口身元確認書類	木曽広域連合確認				
		課長	補佐	係長	係	処理
／ □窓口 □郵送	□運転免許証 □介護保険証 □マイナンバーカード □その他（　　）					