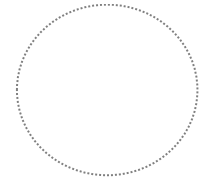


介護保険被保険者証等（再）交付申請書

（あて先） 大 阪 市 長

年 月 日



住 所

氏 名 印

印

本人との
関 係

電 話 番 号

(- -)

次のとおり被保険者証等の交付・再交付を申請します。

なお、紛失又は盗難の証を発見したときは直ちに返納し、不正使用等のないことを誓います。

被保険者氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	性 別	男 ・ 女
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所・電話番号と同じ	
	電 話 番 号 (- -)	

（2号申請者）

医療保険者名
医療保険被保険者証記号番号
-

（再交付申請）

被保険者番号	個人番号	
再交付する 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額証 6 給付券（住宅改修・福祉用具購入） 7 その他（ ）	再交付申請 理 由 1 破損 2 汚損 3 紛失 4 盗難 5 焼失 6 転居 7 その他 ()

ご注意 再交付の申請をされる場合は、保険料決定通知等本人であることを確認できるものを提示してください。
提示のないときは、後日交付となります。

受領者氏名 印

印

処 理 欄	確 認 資 料		証 回 収	交 付 方 法
	<input type="checkbox"/> 保険料決定通知書 (年 月)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	回収年月日	<input type="checkbox"/> 窓口交付
	<input type="checkbox"/> 保険料納付書 (年 月)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	・ ・	<input type="checkbox"/> 郵 送
	<input type="checkbox"/> 保険料領収書 (年 月)	<input type="checkbox"/> その他		(/)
	<input type="checkbox"/> 医療保険証 ()			

決 裁 欄			
課 長	課長代理	担当係長	係 員