

様式第3号（第5条関係）

介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号															
	氏名		個人番号															
	住所				連絡先	()												
生年月日	年 月 日																	

被保険者以外の方が申請をする場合のみ記入してください。

代 理 人	フリガナ		被保険者との関係														
	氏名		連絡先	()													
	住所																

交付・再交付する証明書	1 被保険者証 2 受給資格証明書 3 資格者証 4 負担割合証 5 その他 ()																
申請の理由	30 交付 31 紛失 32 汚損 33 未着 34 焼失 35 盗難 36 誤作成 37 書替 38 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、加入している医療保険について記入してください。

記号		番号		被保険者氏名			
保険者番号				資格取得日 (扶養認定日)	年	月	日
保険者							