介護保険被保険者証等亡失届兼再交付申請書

（宛先）京都市（区）長

年　　月　　日

申請者	住　所		電　話	
	氏　名		本人との関係	

次のとおり届出し、再交付を申請します。
亡失した証を発見したときは直ちに返却します。
なお、証の亡失のために生じた事故については、貴市にいっさい負担をかけません。

被保険者番号						―						
個人番号（マイナンバー）※												

フリガナ			
氏　　名	□申請者と同じ		
住　　所	□申請者と同じ		
生年月日	年　　月　　日	電　話	

※ 個人番号（マイナンバー）は被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証の再交付を申請する場合のみ記入。

〔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		記号・番号	

〔該当する□に、✓印を記入してください。〕

再交付する被保険者証等	□　被保険者証　　□　資格者証　　□受給資格証明書 □　負担割合証　　□　負担限度額認定証 □　（　　）
亡失等の内容	□　紛　失　　□　盗　難　　□　焼　失　　□　破損・汚損 □　その他（　　） 亡失した被保険者証の交付年月日　　年　　月　　日
備　　考	

署名	

職権	

課　長	課長補佐・係長	係　員

(5.1)