

介護保険負担割合証交付申請書（再交付）

鶴岡市

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号										
刃がナ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				0	0	0						
		個 人 番 号										
		生 年 月 日					性 別					
		明・大・昭 年 月 日					男・女					
住所	〒											
再発行事由	紛失 滅失 その他（ ）											

鶴 岡 市 長 様

上記のとおり介護保険負担割合証の交付（再発行）を申請します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

（署名又は、記名押印をお願いします。）

誓 約 書	
このたび、介護保険負担割合証を紛失または滅失したので次のとおり誓約します	
1	紛失した介護保険負担割合証による事故については、当市に迷惑をかけません
2	介護保険負担割合証を発見したときはただちに返還します
誓約者	

以下 市記入欄

担当者処理欄	再発行処理年月日	窓口・郵送の有無
申請者本人 申請者の身分確認 保険証 診察券		
代理人 身分証 免許証 その他		