様式第6号(第8条関係)

被保険者証等再交付申請書

　(宛先)小樽市長

　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 1　被保険者証　　　　　　　5　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証  2　資格者証　　　　　　　　6　その他  ( )  3　負担限度額認定証  4　負担割合証 |
| 申請の理由 | 1　紛失・消失　　　　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 |  | 医療保険被保険者等記号・番号 |  |