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・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 明･大･昭　年　月 日 |
| 性　 別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 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 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |