（宛先）浦安市長

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です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 個人番号 | (任意) |
| フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 電話番号　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証　明　書 | 　1　負担限度額認定証　2　負担割合証　3　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | 　1　紛失・焼失　　　2　破損・汚損　　3　その他（　　　　　　　　） |

**申請に当たっては本人確認書類の提出が必要です。**

**※申請者と被保険者が異なる場合にはそれぞれ必要です。**

**また、郵送で申請する場合は写しの添付が必要です。**

①官公署が発行する顔写真付き書類の場合（運転免許証やマイナンバーカード、国家資格証など。）

いずれか１つ（申請者が被保険者と異なる場合には申請者についても必要。計２つ）

②官公署が発行する書類で、顔写真がついていないものの場合（国民健康保険被保険者証や後期高齢者医療被保険者証、資格確認書など。）

　いずれか２つ（申請者が被保険者と異なる場合には申請者についても必要。計４つ）

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※事務確認欄 | 受付日 | 令和　　　　年　　　月　　　日 | 被保険者：□被保険者証　□運転免許証　□マイナンバーカード□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）申請者：□被保険者証　□運転免許証　□マイナンバーカード□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入力・確認 | 保険料係 | 給付・指導係 | 認定係 |
|  |  |  |  |
| 【備考欄】 |