介護保険被保険者証等再交付申請書

美　祢　市　長　　様

次のとおり申請します。

			申請日	年　　月　　日
申請者	氏　名		被保険者との関係	
	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。
※ 申請者が被保険者と異なる場合、委任状を添付してください。

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
	個人番号			
	フリガナ			
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	電話番号		

再交付を申請する証明書等	※ 該当する箇所に☑してください。 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険資格者証（介護保険暫定被保険者証） ☐ 介護保険受給資格証明書 ☐ 介護保険負担限度額認定証 ☐ 介護保険特定負担限度額認定証 ☐ 介護保険利用者負担額減額･免除（等）認定証 ☐ 介護保険負担割合証
申請の理由	※ 該当する箇所に☑してください。 ☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他（　　） ※ 証を破り、又は汚した場合は、その証を当申請書に添付してください。

※ 第２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

市記入欄

番号確認	個人カード・通知カード・住民票（番号付）・住基確認・その他（　　）	確認者印
本人確認	個人カード・免・保（介・健）・その他（　　）	
代理人確認	免・保（介・健）・身分証（名札等）・その他（　　）	