

# 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。

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭	
	個人番号			年 月 日	
	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	<p>※ 該当する箇所に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険受給資格証明書</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険特定負担限度額認定証</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険利用者負担額減額・免除(等)認定証</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証</p>
申請の理由	<p>※ 該当する箇所に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 紛失・焼失</p> <p><input type="checkbox"/> 破損・汚損</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>※ 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。</p>

※ 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( )	