

介護保険 被保険者証等再交付申請書

大河原町長 殿

次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との続柄	
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	□□□□□□□□□□
	個人番号	□□□□□□□□□□□□□□
	フリガナ	性 別 男 ・ 女
	被保険者氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	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 負担限度額認定証 5 その他
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 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	
--------	-------------------	--

※下記は記入しないでください。（介護保険係記入欄）

申請方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	代理権の確認
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 学生証(写真付き) <input type="checkbox"/> 社員証(写真付き) <input type="checkbox"/> その他 () 記号・番号 ()	確認者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険決定通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 社員証(写真なし) <input type="checkbox"/> 学生証(写真なし) <input type="checkbox"/> 地方税等の領収書 <input type="checkbox"/> 住民票等の写真なし公的書類 <input type="checkbox"/> その他 () 記号・番号 ()	