

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

各務原市長様

次のとおり申請します。

	申請年月日	●年●月●日
申請者氏名	<b>介護 太郎</b>	本人との関係
		<b>夫</b>
申請者住所	〒 <b>504-8555</b> <b>各務原市那加桜町 1-69</b>	
	電話番号 <b>383-1778</b>	

\*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	<b>0 0 0 0 1 2 3 4 5 6</b>	個人番号	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</b>
	フリガナ	<b>カイゴ ハナコ</b>	生年月日	明 <b>(大)</b> 昭 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>5</b> 日
	被保険者氏名	<b>介護 花子</b>	性別	男 ・ <b>(女)</b>
	住所	〒 <b>504-8555</b> <b>各務原市那加桜町 1-69</b>		
		電話番号 <b>383-1778</b>		

個人番号がわかる方はご記入ください。

未記入の場合は市で記入します。

個人番号を記入された方は下に記載の書類(\*)を添付してください。

再交付する証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> 被保険者証</li> <li>2 資格者証</li> <li>3 受給資格証明書</li> <li>4 負担限度額認定証</li> <li>5 利用者負担額減額・免除認定証</li> <li>6 特定負担限度額認定証(旧措置入所者)</li> <li>7 利用者負担額減額・免除認定証(旧措置入所者)</li> </ul>
申請の理由	<b>1</b> 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	
--------	--	---------------	--

※市記入欄

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の提示が必要です。(郵送の場合は、写しを添付してください)

〈番号確認のため〉

①個人番号カード、通知カード、住民票(個人番号の記載があるもの)など、番号が確認できるもの 1点

〈本人確認のため〉

②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券などのうち 1点

又は、介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、年金手帳などのうち 2点