

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	介護 太郎	本人との関係	夫
申請者住所	〒504-8555 各務原市那加桜町 1-69 電話番号 383-1778		

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

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 利用者負担額減額・免除認定証
	⑥ 特定負担限度額認定証(旧措置入所者)
	⑦ 利用者負担額減額・免除認定証(旧措置入所者)
申請の理由	① 紛失・焼失 ② 破損・汚損 ③ その他()

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。

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