

介護保険被保険者証等(再)交付申請書

光市長様

次のとおり申請します。
旧被保険者証等を発見したときは、ただちに返還します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

太枠の中を記入のこと

※3 受給資格証明書及び5 資格者証は個人番号記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																		生年月日	明・大・昭	年	月	日																
	氏名																		性別	男 ・ 女																			
	住所	〒																	電話番号																				

代 理 人	フリガナ																		続柄					
	氏名																		性別	男 ・ 女				
	住所	〒																	電話番号					

※本人以外が持参の場合は、身元確認のできる書類を提示する必要があります。

再交付する証明書	1 被保険者証	4 (食費・部屋代の)負担限度額認定証	
	2 負担割合証	5 資格者証	
申請の理由	3 受給資格証明書	6 その他()	
	1 紛失・焼失	2 破損・汚損	3 その他()

*申請の理由が2の場合は、破損・汚損した被保険者証を添付してください

※ 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

※医療保険被保険者証等を提示

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

市確認欄	<input type="checkbox"/> 本人の身元確認 <input type="checkbox"/> 代理人の身元確認 1点【・個人番号カード・運転免許証・写真付き身分証明書・介護支援員専門員証・その他()】 2点【・介護保険被保険者証・負担割合証・医療保険証・年金手帳・貯金通帳・その他()】 <input type="checkbox"/> 個人番号の確認【・個人番号カード・通知カード・個人番号が記載された住民票】 <input type="checkbox"/> 代理権の確認【戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類・委任状(任意代理人) 本人の介護保険被保険者証・本人の個人番号カード・本人の健康保険証・その他()】
	備考
交付	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(. . . 付)