

介護保険被保険者証再交付申請書

安八郡広域連合長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人または同居の家族の場合、『届出人住所』欄の記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ	介護度等	<input type="checkbox"/> 要介護__ <input type="checkbox"/> 要支援__ <input type="checkbox"/> 事業対象者
	氏 名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号	

再交付する証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

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（※医療保険証の写し添付）

医療保険者名	記号番号
--------	------

身 元 確 認	1点で良いもの (国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの)	2点必要なもの	受付者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 各種障害手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種公的年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	