

介護保険被保険者証等再交付申請書

安城市長

- 注意 1 該当する項目には○印を付けてください。  
 2 申請者が被保険者本人の場合は、申請者欄の住所及び電話番号は、記入不要です。

			申請年月日	R 8 年 4 月 1 日	
申請者	氏名	安城 太郎		被保険者との続柄	夫
	住所	〒 4 4 6 - 8 5 0 1 安城市桜町 1 8 番 2 3 号 電話番号 ( 0 5 6 6 ) 7 6 - 1 1 1 1			

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5	個人番号	
	フリガナ	アンジョウ ハナコ	生年月日	昭和20年1月1日
	氏名	安城 花子		
	住所	〒 4 4 6 - 〇 〇 〇 〇 安城市桜町〇番△号 電話番号 ( 0 5 6 6 ) 7 6 - 〇 〇 〇 〇		

※個人番号の記入は、「被保険者証」、「負担割合証」及び「負担限度額認定証」の再交付の申請をする場合に限る。

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証	<input type="checkbox"/> 4 負担限度額認定証
	<input type="checkbox"/> 2 負担割合証	<input type="checkbox"/> 5 受給資格証明書
	<input type="checkbox"/> 3 資格者証	<input type="checkbox"/> 6 その他 ( )
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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
--------	----------

再交付したい証明書と  
申請の理由に「○印」を  
つけてください

※市処理欄

受付可否の確認 (いずれか1点)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定代理人(登記事項証明書等) <input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状) <input type="checkbox"/> 担当包括・居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他( )
身元の確認 (写真のないものは 2点以上で確認)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 身分証明書(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> その他( )

窓口確認者：