

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	年 月 日
申請者	氏 名		被保険者 との続柄	
	住 所	〒 電話番号（ ） ー		

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号（ ） ー		

※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	1 被保険者証	4 負担限度額認定証
	2 負担割合証	5 受給資格証明書
	3 資格者証	6 その他（ ）
申請の理由	1 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	
--------	--	---------------	--

※市処理欄

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