

介護保険 被保険者証等再交付申請書

稲 沢 市 長 様

次のとおり申請します。

【申請者身元確認】免許証・マイナンバーカード・その他()		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	(申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号は記載不要) 〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号	
	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		

再交付する 被保険者証等	1 被保険者証 2 介護保険負担割合証 3 受給資格証明書 4 介護保険負担限度額認定証 5 介護保険利用者負担額減額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
再交付の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損(証添付) 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

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

- ※ 窓口での申請(原則、本人又は家族)の場合は、申請者本人の本人確認書類が必要です。
第2号被保険者については、併せて資格確認書等、医療保険の加入関係が確認できる書類が必要です。
- ※ 郵送での申請の場合は、申請者の本人確認書類の写しが必要です。
第2号被保険者については、併せて資格確認書等、医療保険の加入関係が確認できる書類の写しが必要です。
- ※ 本人又は家族以外の者が申請する場合、(担当するケアマネージャーが申請を代行する場合など)は、後日、被保険者住所へ郵送します。