

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛名) 幸田町長
次のとおり申請します。

	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	〒	電話番号 - -			

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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

再交付する 証 明 書	1 介護保険被保険者証 2 介護保険負担割合証 3 介護保険資格者証 4 介護保険受給資格証明書 5 介護保険負担限度額認定証
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	
--------	--	-------------------	--

※幸田町確認欄

提出	身元確認
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 代理権の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 () 個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類 (通知カード等)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()