**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** |  |

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

※幸田町確認欄