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 被保険者氏名		生年月日	大正・昭和　　年　月　日
			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
□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）	