

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、申請者住所及び電話番号は記載不要です。

			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		

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
	被 保 険 者 氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		

※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」の再交付の場合に限る。

再交付する証明書	1 被保険者証 4 資格者証 2 負担割合証 5 受給資格証明書 3 負担限度額認定証 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	
--------	--	---------------	--

保険者記入欄

番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票の写し・住民票記載事項証明書・その他
代理権の確認	本人・法定代理人(登記事項証明書等)・任意代理人(委任状)・介護保険被保険者証・その他
身元の確認	個人番号カード・運転免許証・居宅介護支援専門員証・その他（ ） ※写真の表示等の措置が施されていないものについては2つ以上で確認