

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は、申請者欄の住所及び電話番号は、記入不要です。

		申請年月日	年 月 日
申請者	氏 名		
	住 所	〒 電話番号（ ） ー	

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
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号（ ） ー		

※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」の再交付の申請をする場合に
限る。

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 4 負担限度額認定証 2 負担割合証 5 受給資格証明書 3 資格者証 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	
--------	--	---------------	--

※市処理欄

受付可否の確認 (いずれか1点)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 法定代理人(登記事項証明書等) <input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状) <input type="checkbox"/> 担当包括・居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
身元の確認 (写真のないものは 2点以上で確認)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 身分証明書（地域包括支援センター） <input type="checkbox"/> 健康（後期高齢者医療）保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）

窓口確認者：