

介護保険 被保険者証等再交付申請書

帯広市長 様

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	個人番号※		※個人番号は、申請者が被保険者本人であって本人確認ができた場合、又は利用者負担軽減確認証及びその他の証のみ再交付の場合については記入不要です。
	被保険者番号	0 0 0	
	フリガナ		
	被保険者氏名		生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号	

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証	4 利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人・軽減法人) 5 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損	3 転居等 4 その他 ()

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記載必要

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号・番号
--------	--	--------------------

番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等(本人同意 有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/>)		
本人 確認 <small>(住所+ 氏名+生 年月日)</small>	1点 顔つき	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	2点 顔なし	<input type="checkbox"/> 保険証等(国保・後期・介護・社保・年金手帳・受給者証・ <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 官公署以外2点+口頭確認	
代理	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考	<input type="checkbox"/> 申請者に窓口交付済 <input type="checkbox"/> 本人(送付先設定)宛 月 日郵送済		