

介護保険 被保険者証等再交付申請書

塩谷町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日： 年 月 日

フリガナ		本人との関係	
申請者氏名		事業所・施設名	
申請者住所※ (事業者等所在地)	〒 —		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	明・大・昭 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 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 負担割合証		
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	
--------	--	---------------	--

※申請には、申請者の本人確認書類（運転免許証、保険証等）の提示が必要です。

※申請者が成年後見人・保佐人・補助人の場合は、登記事項証明書（発行日より3ヶ月以内）の原本または写しをご持参ください。

確認書類	確認者	受付
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 職員証(介護支援専門員証等) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書原本または写し <input type="checkbox"/> その他() ※いずれか一点		