

介護保険被保険者証等再交付申請書

宇陀市長 様

次のとおり申請します。

	申請日	令和 年 月 日
申請者氏名	続柄	
申請者住所	〒 ()	
	TEL ()	

※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		
	氏名					性別				男 ・ 女		
	住所	〒 ()										
		TEL ()										

※被保険者本人を確認できるものとして、認定証等が無い場合は、保険料決定通知書等を提示してください。

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. 負担割合証 5. 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 ()

40歳から64歳の医療保険加入者である2号被保険者のみ記入

医療保険者名		記号番号	
--------	--	------	--

【市記入欄】

受付確認表				受付印		
受付者 ()		代理権 確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()			
本人 申請	身元 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理人 申請			<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	個人 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"/> その他 ()	個人 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"/> その他 ()