介護保険　被保険者証等再交付申請書

西条市長　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 |  | 被保険者との関係 |  |
| 住　 所 | ※被保険者（本人）が申請する場合は記入不要です。〒電話番号　　　　（　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保　　　　　　　　険者　 | 被保険者番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 性　　別 | 男 ・ 女 |
| 氏 　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年 月 日 |
| 住　 所 | 〒電話番号　　　　（　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証等 | １　被保険者証　　　 ２　資格者証　　 ３　負担限度額認定証　４　受給資格証明書　 ５　負担割合証 　６　その他（　　　　　　　） |
| 再交付の理由 |  １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 以下は記入しないでください。 |

※市確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提　出 | □本人 　□代理　 □使者　 □郵送 | 本人又は代理人の身元確認 | □運転免許証　□パスポート□身体障害者手帳□介護保険被保険者証□介護保険負担割合証□介護保険負担限度額認定証□医療被保険者証□年金手帳□介護支援専門員証□その他（　　　　　　　　　　） |
| 代理権の確　　認 | □同一世帯の親族　□委任状　□法定代理人（　　　　　）□介護被保険者証　□負担割合証　□医療被保険者証 |
| 個人番号確　　認 | □個人番号カード　　□通知カード□個人番号付住民票　□システム |
| 交付区別 | □窓口 　□郵送□認定申請 | 交　付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |