

# 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
	フリガナ	性別
	氏名	生年月日
	住所	明・大・昭 年 月 日
〒		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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送	本人又は代理人の身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 法定代理人 ( ) <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証		
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"/> 個人番号付住民票 <input type="checkbox"/> システム		
交付区別	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送    交 付    令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定申請   年月日		