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 |