

介護保険被保険者証再交付申請書

香 美 町 長 様
次のとおり申請します。

【申請者】欄		申請年月日	令和 年 月 日
申 請 者 氏 名		本人との関係	
申 請 者 住 所	〒 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
* 個人番号は、被保険者証再交付申請時のみご記入ください

【被保険者】欄	被保険者番号								個人番号							
フリガナ									生年月日							
被保険者氏名									明・大・昭 年 月 日							
住 所	〒 香美町 (電話番号)								性別	男 ・ 女						

再交付する証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 受給資格証明書
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第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	
-------------	--	---------------	--

町 記 入 欄	提 出	☐ 本人 ☐ 代理 ☐ 代行 ☐ 郵送			
	本人確認 (代理人の本人確認)	写真有	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他()		
		写真無 (2種類)	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 医療保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()		
	代理権の確認	☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証など			
	個人番号の確認	☐ 個人番号(通知)カード ☐ 住民票(個人番号有)など ☐ 同意の上職員が確認			