

## 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。

<b>【申請者】欄</b>	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	印	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

<b>【被保険者】欄</b>	被保険者番号					個人番号										
	フリガナ						生年月日									
被保険者氏名	印					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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送		
	本人確認 (代理人の本人確認)	写真有	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( )	
		写真無 (2種類)	<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"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証など		
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号(通知)カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号有)など <input type="checkbox"/> 同意の上職員が確認		