

介護保険 被保険者証等再交付申請書

吉野川市長 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		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・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号									個人番号						
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名											生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住 所	〒 — 電話番号														

*個人番号欄は、1, 3, 4 の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他()
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

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等の 記号番号	
医療保険加入日	医療保険被保険者 証等の有効期限	扶養区分 本人・扶養

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
市 町 村 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	()	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		()