様式第4号(第12条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

受付印

射 水 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日	年　月　日		
被保険者番号		個人番号	
被保険者住所	〒　— 電話番号(　　)　—		
フリガナ		生年月日	年　月　日
被保険者氏名		性別	男　・　女

何が必要ですか (必要なものに○をつけてください)	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 負担限度額認定証 5. 負担割合証	申請の理由 (○をつけてください)	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他(　　)

被保険者本人以外の人が申請する場合は、下記の欄を記入してください。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒　— 電話番号(　　)　—		

※下欄は、2号被保険者(40歳～64歳)の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者記号番号	

※以下の欄は記入しないでください。

申請者	□本人　□同居の親族　□代理人(□委任状　□成年後見人等を証する書類　□本人の身元確認書類の提示) ※代理権の確認ができない場合は郵送	
本人確認 (申請者)	1号書類 ・1点で確認	□運転免許証　□パスポート　□住基カード(顔写真付き)　□個人番号カード　□介護支援専門員証 □その他(　　)
	2号書類 ・①の2点確認 ・①の1点＋②の1点確認	①□資格確認書　□年金手帳　□年金証書　□住基カード(顔写真なし)　□その他(　　)
		②□法人の身分証明書(顔写真付き)　□特定疾患医療受給者証　□その他(　　)
個人番号記載	□個人番号本人確認済　□個人番号職権記入	
交付方法	□窓口(要申請者の本人確認)　□郵送(　年　月　日郵送　)	