**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

犬山市長

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | □　下記の被保険者住所と同じ | 電話番号 | (　 　) |

＊申請者が被保険者本人の場合又は被保険者と同居の場合は、□に✔をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | (　 　) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する  証明書等あ  (該当項目に○) | | 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  ５　負担限度額認定証  ６　特定負担限度額認定証  ７　利用者負担額減額・免除認定証  ８　利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者）  ９　その他 （　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | １　紛失・消失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　 　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

第２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|  | | 医療保険証資格取得年月日 | 年　 月　 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  確認 | 本人申請 → □本人確認 （免・ 　　　　　　　 ） □個人番号確認 |
| 代理人申請 → □代理権確認（委・医療保険証・ ）□代理人確認（免・ ）  　　　　　　　□本人の個人番号確認 |
| 経　過 | □回収 □未回収 □再交付（ . . ） □送付（ . . ） |

※市記入欄