

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	<input type="checkbox"/> 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 (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

※市記入欄

申請者 確認	本人申請 → <input type="checkbox"/> 本人確認 (免・) <input type="checkbox"/> 個人番号確認
	代理人申請 → <input type="checkbox"/> 代理権確認 (委・医療保険証・) <input type="checkbox"/> 代理人確認 (免・) <input type="checkbox"/> 本人の個人番号確認
経 過	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 再交付 (. .) <input type="checkbox"/> 送付 (. .)