

介護保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

介護保険の被保険者証等の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	住 所			

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申 請 者	氏名		連絡先	
	住所		本人との関係	

再交付の申請をする証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 資格者証 5 受給資格証明書 6 その他()	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歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ次の欄を記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

備考 個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券その他の本人確認ができる書類を提示する場合は、個人番号の記載の必要はありません。

申請の際に必要なもの

- ◇ 紛失・焼失の場合
本人又はお使いの人の身分を確認できるもの(運転免許証、医療保険証等)
- ◇ 破損・汚損の場合
 - ①本人が申請するとき 破損・汚損した被保険者証
 - ②お使いの人が申請するとき 破損・汚損した被保険者証と代理人の身分を確認できるもの
(運転免許証、医療保険証等)

確 認 欄	番号	番号カード ・ 通知カード 住民票 ・ 端末 その他()	代理	法定 委任状 本人発行
	身元	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 負担割合証 介護支援専門員証 ・ 保険証(介護・国保・後期高齢) その他()		

受 付	作 成	交 付