

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 險 者	被保険者番号	□□□□□□□□□□	個人番号	□□□□□□□□□□
	フリガナ			
	氏名	生年月日	年 月 日	
	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	申請の理由	1 紛失・焼失
	2 負担割合証		2 破損・汚損
	3 負担限度額認定証		3 その他
	4 資格者証		
	5 受給資格証明書		
	6 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 記号・番号・枝番	
--------	--	----------------------	--

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 身 元	番号	番号カード 住民票 その他()	・ 通知カード ・ 端末	代理	法 定 委 任 状 本人発行
	番号カード 介護支援専門員証 その他()	・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 負担割合証 ・ 保険証(介護・国保・後期高齢) その他()			

受 付	作 成	交 付