

介護保険被保険者証等再交付申請書

荒川区長 殿

次のとおり申請します。

	届出年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	電話	

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ		明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者氏名	生年月日	
	住 所	電話	

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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

<職員記入欄>

<介護保険課 記入欄>

本人 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 老人医療証 <input type="checkbox"/> 在留カード又は特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	受 付	入 力	被 保 険 者 証	受領 (/)郵送
申請者	被保険者の番号確認	代理権の確認		担 当 者	
<input type="checkbox"/> 本人 (被保険者) <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 住基 (端末確認)	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()			確認日 年 月 日 番号確認の同意 有 ・ 無