

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	生年月日	明・大・昭	
	被保険者氏名		年 月 日	
	住 所	性 別	男 ・ 女	
		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	個人番号カード 医療保険証 在留カード又は特別永住者証明書 その他()	運転免許証 老人医療証 パスポート	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		
本人 (被保険者) 代理人 代行 郵送	個人番号カード 通知カード 住民票記載事項証明書 住基(端末確認)	同一世帯の親族 介護保険被保険者証 委任状 その他 ()			確認日		
					年 月 日		
					番号確認の同意		
					有 ・ 無		