

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・平 年 月 日
	被保険者氏名				
	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	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード又は特別永住者証明書 ☐ 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	
	☐ 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	