

介護保険被保険者証等再交付申請書

みよし広域連合長 様
次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日		
被保険者住所	〒 電話番号		

再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()

※申請者の本人確認をさせていただきます。
 申請者が被保険者の場合は下記の記入は不要です。
 申請者が本人・家族・法定代理人以外の場合は、委任状が必要です。
 (法定代理人による申請の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。)

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 電話番号		

※窓口で証明書を受領する場合のみ、記入してください。 年 月 日

本日確かに申請にかかる証明書を 本人・家族 の同意を得た上で受領しました。
 (※いずれかに○をお願いします。)

氏名		続柄	(本人・家族・法定代理人以外の場合は、事業所名および職名)
----	--	----	-------------------------------

----- 以下記載不要 (受付職員記入欄) -----

申請者確認 (受け取り者も同じ人の場合は下段記載不要)	顔写真有 1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (マイナ保険証) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
	顔写真無 2点	確認書、資格情報のお知らせ等公共機関が発行したもの 2点 ① () ② ()
	顔写真無 1点	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
受取者確認	顔写真有 1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (マイナ保険証) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
	顔写真無 2点	確認書、資格情報のお知らせ等公共機関が発行したもの 2点 ① () ② ()
	顔写真無 1点	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証

交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口交付済 <input type="checkbox"/> 郵送済 (/) <input type="checkbox"/> 未送付 (介護保険センターで交付が必要)
------	---