

介護保険 被保険者証等再交付申請書

（あて先） 下関市長

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所 （*）	〒 ー 電話番号（ ）	

*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です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ	-----		生年月日
	被保険者氏名			明・大・昭 年 月 日
				性 別
	住 所	〒 ー	電話番号（ ）	

再交付する 証明書	1 被保険者証	6 利用者負担額減額認定証
	2 資格者証	7 その他（ ）
	3 受給資格証明書	
	4 負担割合証	
	5 負担限度額認定証	
申請の理由	1 紛失・消失 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
--------	---------------

-----（※市記入欄）-----

提 出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送	※写真 交付は 1点・ 写真無 しは2 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
個人番号確認	個人番号カード提示 有 ・ 無 通知カード・住民票提示 有 ・ 無		
	システム確認 <input type="checkbox"/> 確認済み		
証 回 収	回収年月日 ----- . .	交付方法 <input type="checkbox"/> 窓口交付 （本人・同一世帯・委任状（受領権限）） <input type="checkbox"/> 郵 送（ / ）	