

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	明・大・昭 年 月 日																	
	被保険者氏名																性 別	男 ・ 女																	
	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（ ）
申請の理由	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		身 元 確 認	<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（ / ）	