

介護保険 被保険者証等再交付申請書

松原市長様

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	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。

被保険者番号	0 0 0 0 0	個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名			
被保険者住所	〒 ー		
電話番号			

再交付する申請書等	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 負担割合証 6 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

個人番号未記載の理由	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> 記入したくない <input type="checkbox"/> その他 ()
------------	---

※以下市役所確認欄（窓口では原本確認）

確認者	申請者	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
		番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カードの写し <input type="checkbox"/> 住民票等の写し <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理人	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()