

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

刈谷市長

次のとおり申請します。

	申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名	本人との関係				
申請者住所 (*1)	〒 ー 電話番号( ) ー				

\*1 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	0	0	0	0	0	個人番号 (*2)				
	フリガナ	-----					生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名						性別	男・女			
	住所	〒 ー					電話番号( ) ー				

\*2 被保険者証、負担割合証及び負担限度額認定証以外の再交付の場合、個人番号は記載不要

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 その他( )
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	医療保険被保険者記号・番号
--------	---------------

申請代行の場合のみ記入

代行者氏名	本人との関係	
代行者住所	〒 ー 電話番号( ) ー	

※処理欄

手 続 者 確 認	1点 必要	マイナンバーカード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・身体障害者手帳・在留カード 介護支援専門員証・その他( )
	2点 必要	介護保険証・負担割合証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・キャッシュカード 預貯金通帳・クレジットカード・社員証・その他( )
交付	窓口・郵送( 月 日)	受付担当者
備考欄		