

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

東久留米市長 殿
次のとおり申請します。

申請書を記入した日付をご記入ください。

申請年月日	令和●年 ●月 ●日		
申請者氏名	東久留米 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒 203-●●●● 東久留米市●●町●丁目●番●号 電話番号 ●●●-●●●●-●●●●		

申請をする方の氏名・本人との関係・住所・電話番号を記入してください

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 ● ● ● ● ●	個人番号 (省略可)	被保険者番号・個人番号 (マイナンバー) が不明な場合は空欄でも構いません。
	ふりがな	ひがしくるめ たろう		
	被保険者氏名	東久留米 太郎	生年月日	明・大・昭 ●●年 ●月 ●日
	住所	〒 ●●●●●●●●●● 電話番号 ●●●-●●●●-●●●●		

申請者が被保険者本人以外の場合は、被保険者の住所・電話番号を記入してください。

※申請者が被保険者ご本人の場合、被保険者住所、電話番号は記載不要です

再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 負担割合証 <input type="checkbox"/> 3 負担限度額認定証 4 受給資格証明書	再交付を希望する証書と申請の理由に○を付けてください。
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 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歳の医療保険に加入されている方)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

↑65歳以上の方は記入不要です。40歳から64歳までの方は、現在加入している健康保険証の内容を記入してください。

番号確認			
申請者の本人確認	A	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()	
	B	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 医療保険限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	補助書類 ()
代理申請の場合の確認事項(窓口交付)	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年後見人等の場合) <input type="checkbox"/> 委任状(成年後見人等以外)		
	<input type="checkbox"/> その他()	交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

※窓口交付の場合は次のいずれか
・Aの書類1点
・Bの書類2点
・Bの書類1点+補助書類