

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。

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

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号 (省略可)	
	ふりがな			
	被保険者氏名	生年月日		
		明・大・昭 年 月 日		
	住所	〒		
		電話番号		

※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	1 被保険者証                                  2 負担割合証 3 負担限度額認定証                          4 受給資格証明書                                  5 資格者証
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	
--------	--	-----------------------	--

.....事務処理欄.....

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票		
申請者の本人確認  ※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	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