介護保険　被保険者証等再交付申請書

愛川町長　殿

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		被保険者との関係	
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

被保険者	被保険者番号		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
	個人番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名		性別	男　・　女
	被保険者住所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		

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

〇2号被保険者（40歳から64歳以下の医療保険加入者）のみ記入〇

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	

【確認欄】町が記入します。

本人申請の場合

番号確認	□個人番号カード　□住民基本台帳 （身元確認不要）　□システム確認 □その他 □住民票（番号有）　（　　）	身元確認	□運転免許証　□障害者手帳 □運転経歴証明書　□その他写真付き証明書 （　　）		確認印
			2点以上	□介護保険被保険者証　□負担割合証 □公的医療保険の被保険者証 □その他（	

代理人申請の場合（代行申請含む）

代理権	□介護保険被保険者証 □委任状　（代行申請除く） □その他（　　）	代理人身元確認	□個人番号カード　□運転免許証 □介護支援専門員証 □その他官公署から発行・発給された写真付き証明書 （　　）		確認印
番号確認	□個人番号カード　□住民基本台帳 □システム確認 □住民票（番号有） □その他（　　）		2点以上	□公的医療保険の被保険者証 □年金手帳 □その他（　　）	

決裁	課長	主幹	副主幹	合議	受付者	処理欄	備考
						証作成　　年　　月　　日	
						証発送　　年　　月　　日	