

介護保険 被保険者証等再交付申請書

萩市長 あて

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	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

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

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 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

※ 申請理由が1の場合は、身分を証明する書類の提示を求める。

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

申請者確認欄	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	交付方法
	2点確認	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)