

介護保険 被保険者証等再交付申請書

小平市長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	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・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	1 3 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	被保険者氏名			
	住所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1 被 保 険 者 証
	2 負 担 割 合 証
	3 資 格 者 証
	4 受 給 資 格 証 明 書
	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()

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

*2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

窓口交付を受けたい場合（高齢者支援課のみ）は、被保険者本人の公的機関から発行された身元確認書類の原本（※）の提示が必要です（窓口に来られる方がご家族等代理人の場合は、代理人の身元確認書類の原本も必要です。郵送の場合はコピーを添付してください）。

※ 介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、運転免許証、医療被保険者証（郵送の場合、被保険者番号及び被保険者等記号・番号は確認できないようマスキング等をしてコピーしてください）、マイナンバーカード（郵送の場合、マイナンバーは確認できないようマスキング等をしてコピーしてください） など

主 管 課 処 理 欄（窓口交付受付時確認書類）	
被保険者：	介護証 割合証 限度額証 医療証 運転証 ()
代理人：	介護証 医療証 運転証 ()