

記載例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

本人の場合は記入不要

次のとおり申請します。

申請者氏名	小平 □□	申請年月日	令和 ○年 ×月 △日
申請者住所	〒187-□□□□ 小平市○○町××丁目△△番□□号	本人との関係	子
		電話番号	042-0×△-0000

*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 9 8 7 6 5 4	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	フリガナ	コダイラ マルマル	生年月日	昭和 △年 ×月 □日
	被保険者氏名	小平 ○○		
	住所	〒187-×××× 小平市小川町2-▷▷▷▷	電話番号	042-346-□□□□

再交付する証明書及び該当理由の番号に○をつけて下さい。

- 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()

マイナンバーを記入しない場合でも申請できますが、記入する場合は「マイナンバー確認書類原本（マイナンバーカード、通知カードなど）」と「被保険者本人の身元確認書類原本（運転免許証、医療被保険者証など）」を提示してください（郵送の場合はコピー添付）。

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 ()