

介護保険被保険者証等再交付申請書

内灘町長

介護保険の被保険者証等の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ 氏 名						生年月日	年 月 日				
	住 所											
	連絡先											

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申 請 者	氏 名			本人との 関係	
	住 所			連絡先	

提出代行者 事業所名 担当者氏名・連絡先	事業所	※地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院の代行者のみ代理申請が可能です。			
	氏名			連絡先	

再 交 付 を 受 け 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. 資格者証 5. 受給資格証明書 6. その他 ()
申 請 の 理 由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()	

第2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)のみ次の欄を記入してください。

医療保険者名			医療保険被保険者 記 号 番 号	
--------	--	--	---------------------	--

保 険 者 確 認 欄	1. 介護保険被保険者証 2. マイナンバーカード 3. その他 ()
-------------	---