

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 名古屋市 区長

次のとおり申請します。なお、紛失にかかる再交付を受けた場合、当該紛失した証を発見した際にはすみやかにお返しします。

●太枠内をご記入ください。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名			被保険者との続柄			
申請者住所	〒 名古屋市 区					※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記入不要です。
		電話	()	-		

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	〒 名古屋市 区					電話	()	-

申請する証の種類	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	
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64歳までの医療保険加入者)のみご記入し、現在加入している医療保険の被保険者証を添付してください。

医 療 保 険	加入年月日	昭・平・令	年	月	日	本人扶養区分	本人・扶養
	保険者名					保険者番号	
	被保険者等 記号・番号・枝番						

●証の受領の委任を受けて、郵送申請した場合のみ記入してください。

本申請完了時に 交付する証の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の住所または登録済みの送付先 <input type="checkbox"/> 代理人住所または事業所所在地 <input type="checkbox"/> その他 () ※本申請完了時に交付する証の送付にのみ有効です。今後の介護保険関係書類の送付先も変更したい場合は別途送付先変更の手続きを行ってください。 ※「代理人住所または事業所所在地」または「その他」を選択した場合は、申請者の証の受領のための本人確認書類(左下参照)の写しを同封してください。同封されない場合は被保険者本人の現住所(別途、介護保険関係書類の送付先変更手続きをしている場合は登録されている送付先)に送付します。
----------------------	---

証受領	令和	年	月	日	(受取人氏名)
-----	----	---	---	---	---------

本 人 確 認 書 類	1点のみでよいもの	2点必要なもの	区 役 所 処 理 欄	課長	課長 補佐	受付	入力	証交付
	<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 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 職員・社員証 <input type="checkbox"/> 敬老手帳 <input type="checkbox"/> 公的年金手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <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 ()						
交付方法			<input type="checkbox"/> 即時交付 <input type="checkbox"/> 郵送(通達員)交付					

この申請書は、古紙パルプを含む再生紙を使用しています。