介護保険被保険者証等再交付申請書

　鴨川市長　様

　　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　　（　　） | | |
| 身分証明書確認方法 | 免許証　・　健康保険証　・　身分証明書　・　その他（　　　　　　） | | |

※　申請者が被保険者本人の場合、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 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒  電話番号　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　申請する証明書が下記の５から８までの証明書である場合、個人番号は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | １　被保険者証  ２　負担割合証  ３　介護保険負担限度額認定証  ４　介護保険特定負担限度額認定証（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）  ５　介護保険資格者証（介護保険暫定保険証）  ６　介護保険利用者負担額減額・免除認定証  ７　介護保険利用者負担額減額・免除認定証（特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証）  ８　介護保険受給資格証明書 |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 主　幹 | 課長補佐 | 係　長 | 受　付 | 発　送 |
|  |  |  |  |  |  |