

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         | 〒<br>電話番号 ( )                 |        |       |
| 身分証明書<br>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<br>保<br>険<br>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               | 〒<br>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<br>証明書 | 1 被保険者証<br>2 負担割合証<br>3 介護保険負担限度額認定証<br>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）<br>5 介護保険資格者証（介護保険暫定保険証）<br>6 介護保険利用者負担額減額・免除認定証<br>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）<br>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 | 課長補佐 | 係 長 | 受 付 | 発 送 |
|     |      |     |     |     |