# 介護保険被保険者証等再交付申請書

申請日　　年　　月　　日

1　申請者

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　　名 | | 被保険者との関係 | |
| 住　　所 | 電話番号　　（　　） | | |

2　被保険者

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| 氏　　名 | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| | | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | | | |

3　再交付を申請する書類

・被保険者証　　・資格者証　　・負担割合証
・認定結果通知書　　・受給資格証明書　　・負担限度額認定証
・特定負担限度額認定証　　・社会福祉法人利用者負担減免認定証
・利用者負担額減額・免除認定証　　・訪問介護利用者負担額減額認定証
・その他の通知書（　　）

4 再交付を申請する理由

| |
|---|
| 1 紛失 ・ 焼失　　2 破損 ・ 汚損　　3 その他（　　） |

5 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 | |

◆誓約事項

1. 紛失等により発生する事故等については、当方で一切の責任を負い、貴市に負担をかけません。
2. 紛失による再交付の場合、紛失した被保険者証等を発見した時は、直ちに返却します。

◆必ず申請者の身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等身分を確認できるもの）の写を添付すること。

◆破損又は汚損による再交付の場合、破損又は汚損した被保険者証等を返却すること。

◆第2号被保険者の介護保険被保険者証の交付申請の場合、医療保険被保険者証を提示すること。

被保険者証等再交付　決定

| 受付 | 入力 | 返却 | 福祉保健部介護保険課 | | | 文書審査（総務課） | | 文書係 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 担当 | 係長 | 課長 | 庶務係長 | 課長 | 公印確認 |
| | | | | | | | | |