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、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