

介護保険 被保険者証等再交付申請書

粕屋町長 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 () | |

※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 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 () | | |

| | |
|--------------|--|
| 再交付する 証明書 | 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 特定負担限度額認定証 6 負担割合証 7 その他 () |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 汚損・破損 3 その他() |

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 | |

※粕屋町記入欄

| | | | | | |
|-----|---|---|--------------|--|---|
| 申請者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 郵送 | 個人番号確認書類提示 | 有・無 | 個人番号システム確認 | <input type="checkbox"/> |
| | 代理権 確認 | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他() | 身元確認 書類提示 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他写真付証明書 | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() |