

受付印

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 西 尾 市 長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	個人番号																			
	被保険者番号																			
	フリガナ														申請年月日	令和	年	月	日	
	氏名														生年月日	大・昭	年	月	日	
	住所														電話					—
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. 負担割合証 5. 負担限度額認定証 6. その他 ()																			
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																				
医療保険者番号														医療保険被 保険者証記 号番号						
医療保険者名																				

申 請 者	氏名														被保険者との 関係				
	住所														電話				—

※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

※処理欄

記 入 者 認 確	1 点 認 確	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・住基カード(写真有り)・在留カード 特別永住者証明書外国人登録証明書・身体障害者手帳・その他 ()																	
	2 点 認 確	医療保険証・年金手帳・年金証書・介護保険者証・住基カード(写真無し)・雇用保険受給者証 キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証・その他 ()																	
受 担 当 者		交 担 当 者		交	付	<input type="checkbox"/> 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 郵送 (年 月 日)													