

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												
	氏 名												
	住 所												
		申請年月日	令和	年	月	日							
		生年月日	大・昭	年	月	日							
		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 確 認	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード 特別永住者証明書・身体障害者手帳・その他 ()											
	2 点 確 認	資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険者証・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	☐ 窓口 (年 月 日) ☐ 郵送 (年 月 日)						