

介護保険 被保険者証等再交付申請書

記入例

福島市長

次のとおり申請します。

提出日をご記入ください。

申請年月日

〇〇年 △△月 □□日

申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	
	<input type="checkbox"/> 親族の方（氏名等を記入してください。）	
	フリガナ	被保険者との関係
	氏名	
	住所	〒
		電話番号

本人以外の方が申請する場合は、申請者（親族に限る）の氏名等をご記入ください。

被保険者	フリガナ	フクシマ タロウ	被保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	氏名	福島 太郎	個人番号	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 20年 1月 1日												
	住所	〒960-8601 福島市五老内町3番1号												
			電話番号	024 (525) 6551										
再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 3 負担限度額認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 2 負担割合証 4 特定負担限度額認定証													
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他		必要な書類に○をつけてください。											

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方は、下欄にご記入ください。

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	

第2号被保険者の方はご加入の医療保険についてご記入ください。

提出者	事業所名	
	担当者名	電話番号

ケアマネジャーが代理で提出する場合はご記入ください。

保険者使用欄

受付年月日	年	月	日	データ入力		
本人確認欄	個人番号カード				添付書類	委任状
	通知カード・免保パ在身その他（ ）					その他（ ）