

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 厚木市長

介護保険被保険者証、介護保険負担組合証又は介護保険負担限度額認定証の再交付について、介護保険法施行規則第27条第1項、第28条の2第4項又は第83条の6第7項の規定に基づき、次のとおり申請します。

※ 太枠内を入力してください。

申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名	本人との関係			
申請者住所	〒 ー			
電話番号 ( ) ー				

被保険者番号			個人番号																	
被 保 険 者	フリガナ			生年月日	大正・昭和															
	氏名				年 月 日															
	住所	〒 ー		電話番号 ( ) ー																
再交付する証	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 その他 ( )																			
申請の理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他 ( )																			

※ 該当する箇所を○で囲んでください。

※以下、第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の場合のみ記入してください。

医療保険者名		被保険者証記号番号	
--------	--	-----------	--

本申請に当たりましては、次の事項に注意してください。

注1) 申請者の身分証明書(顔写真付きの身分証であれば1種類、写真のない身分証であれば2種類)の添付をお願いいたします。また、代理人が申請される場合は、委任状等により、代理権を確認いたします。

注2) 被保険者証等を破り、又は汚した場合の申請には、本申請書に、その証を添付して請求してください。

注3) 被保険者証の再交付を受けた後、古い証があれば、直ちに、発見した証を返還してください。

【厚木市確認欄】 (ここから下は入力不要です)

番号確認 カード住基(担当者サイン ) 本人確認 写真あり2種類

代理権確認 戸籍謄本等委任状被保険者証

代理人確認 写真あり2種類介護支援専門員証

受付者	
-----	--