

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、介護保険負担割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。

※太枠内を御記入ください。

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				

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号は記載不要です。

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		
	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		
申請の理由	1 紛失・盗難 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) 被保険者本人の個人番号を確認できる書類(個人番号カード・通知カード等)及び申請者の身分証明書(顔写真付きのもの。写真のない身分証は2種類(申請者が被保険者本人で個人番号カードを提示する場合は不要))の提示をお願いします。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) 被保険者証等の再交付を受けた後、失った証を発見したときは、直ちに、発見した証を返還してください。

【厚木市確認欄】(ここから下は記入しないでください)

番号確認	<input type="checkbox"/> カード	<input type="checkbox"/> 住基(担当者サイン)	本人確認	<input type="checkbox"/> 写真あり	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2種類
代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証		
代理人確認	<input type="checkbox"/> 写真あり	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2種類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	受付者 <input type="text"/>	