介護保険　被保険者証等再交付申請書

丸亀市長　宛

　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請年月日】　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者  （被　保　険　者） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 住　　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 窓口に  来られた方 | 氏　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ | | |

※本人の場合、住所・電話番号は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 提出代行者名称 | 該当に○（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院） |
| 提出代行者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | １．被保険者証　　　　　　　　　　　　４．負担限度額認定証  ２．資格者証　　　　　　　　　　　　　５．認定結果通知書  ３．受給資格証明書　　　　　　　　　　６．負担割合証 |
| 申請の理由 | １．紛失・焼失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

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

**※保険者記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 発行 | 介護保険証の発行方法 |
|  |  | □　手渡し済  □　後日郵送  □　申請・確認中 |

備　考