

介護保険 被保険者証再交付申請書

六ヶ所村長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		性別	男・女 電話番号
被保険者住所	〒		

●本人以外が申請する場合は次の欄に記入してください。

申請者氏名 申請代行者名称 (該当する項目に○ をしてください)	1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護医療院	被保険者との関係 (申請代行者は記入不要)
	印	
住所 又は 所在地	〒	
	電話番号	- -

再交付する 証明書 (該当する項目に○ をしてください)	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()
申請理由 (該当する項目に○ をしてください)	1. 紛失・消失 2. 破損・汚損 3. その他()

< 保険者確認欄 >

申 請	本人 ・ 代理 ・ 郵送
-----	--------------

個人番号カード提示	有 ・ 無
番号確認書類提示	有 ・ 無
システム確認済	<input type="checkbox"/>

身元確認書類	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 負担割合証
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証	
<input type="checkbox"/> その他()	

備考:

※代理人申請の場合

代理権の確認
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()

<input type="checkbox"/> 代理権の授与が困難
理由:

受付	担当	交付日	交付
		/	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送

受付印
