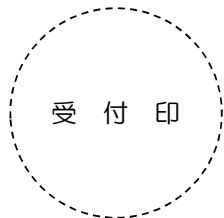


介護保険被保険者証等再交付申請書

久慈広域連合長 様

被保険者証等の交付について、次のとおり申請します。



	申 請 年 月 日	年 月 日
申 請 者 氏 名	被保険者との関係	
申 請 者 住 所	〒 - 電話番号 - -	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ				
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年 月 日	
		性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 - 電話番号 - -				

交付する証明書	1 被保険者証（再交付） 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証（再交付） 5 訪問介護利用者負担額減額認定証（再交付） 6 介護保険利用者負担額減額・免除認定証（再交付）	7 旧措置者特定負担限度額認定証（再交付） 8 旧措置者利用者負担限度額・免除等認定証（再交付） 9 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証（再交付） 10 負担割合証（再交付）
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）のみ記入してください。

医 療 保 険 者 名	医 療 保 険 被 保 険 者 証 記 号 番 号	
-------------	---------------------------	--

★申請に必要なもの【郵送による申請の場合は写しの添付をお願いします。】

- 被保険者の本人確認書類
- 申請者の本人確認書類（申請者が本人以外の場合）

職員確認欄	被保険者の本人確認 1点で確認可能なもの(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他官公署から発行、発給されたもの ()	申請者の本人確認 1点で確認可能なもの(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他官公署から発行、発給されたもの ()
	2点確認が必要なもの(顔写真なし) <input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証 <input type="checkbox"/> その他官公署等から発行、発給されたもの ()	2点確認が必要なもの(顔写真なし) <input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証 <input type="checkbox"/> その他官公署等から発行、発給されたもの ()