

受付印

介護保険被保険者証等再交付申請書

清瀬市長殿
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		

該当に○をしてください

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証
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	保険者番号	医療保険被保険者証 記号番号	記号 番号
--------	-------	-------------------	----------

申請者氏名	印	本人との関係	
申請者住所 ※申請者が被保険者本人の 場合、記載不要	〒 電話番号 ()		
提出代行者名称等	該当に○(居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設) 事業者名 氏名 電話番号 ()		

課処理欄

【本人確認欄】運転免許証 個人番号カード 住基カード 健康保険証 その他()

【申請者確認欄】運転免許証 個人番号カード 住基カード 健康保険証 その他()

※ 顔写真のない公的身分証明書の場合は、2点以上の提示が必要です。

※ 本人確認ができた場合は、令和元年厚生労働省令第58号により申請書への個人番号の記載を不要とする。

被保険者証交付処理年月日	担当者名
処 理 日	月 日
交 付 日	月 日
交 付 方 法	窓口・郵送

決 裁 欄		
課 長	係 長	係