

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 岡 崎 市 長

次のとおり申請します。

		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	〒 電話番号		

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要

被 保 険 者	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
	住 所	〒 電話番号		

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
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	
--------	--	---------------	--

記入不要(市処理欄)

番号確認	個人番号カード	通知カード	住民票の写し	オンライン
申請者	本人 法定代理人 任意代理人	登記事項証明書 同居家族	委任状 介護支援専門員証・職員証	本人の被保険者証等 その他()
身元確認	写真有1点 写真無2点	運転免許証 介護被保険者証 その他()	障害者手帳 医療被保険者証	その他()
受渡方法	窓口交付	自宅(転送先)へ郵送	確認者	