

記載例

介護保険被保険者証等再交付申請書

東三河広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被 保 険 者	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	※該当する部分の□にレをつけてください	
	個 人 番 号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
	フ リ ガ ナ	コウイキ タロウ		
	氏 名	広域 太郎		
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 昭和 11 年 11 月 11 日		
	住 所	〒440-0806 豊橋市八町通2-16 電話番号(080 - 0000 - 0000)		
申 請 者	氏 名	☐ 被保険者と同じ 三河 花子	被保険者 との続柄	長女
	住 所 (事業所の場合は 事業所名も記入)	☒ 被保険者と同じ 〒 - 電話番号(090 - 0000 - 0000)		
再交付する証明書		☒ 被保険者証 ☐ 負担割合証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ 資格者証 ☐ その他()		
申 請 理 由		☒ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ 郵便未着 ☐ その他()		

必要書類

- ①再交付申請書(この書類)
- ②申請者(窓口に来た人)の身分を証明する書類(マイナンバーカード、運転免許証など顔写真付きの公的証明書は1点、健康保険証など顔写真のない身分証明書は2点)
- ③本人以外が申請者である場合、代理権を証明する書類(委任状、または本人の健康保険証や介護保険証などの公的証明書1点)

提出方法

東三河広域連合介護保険課または構成市町村(豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、田原市、設楽町、東栄町、豊根村)の介護保険窓口あて持参、あるいは郵送にてご提出ください。
郵送の場合は各種書類の写しを添付してください。ただし委任状は原本を添付してください。

申請の際の注意点