

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

※該当する部分の□にレをつけてください

被 保 険 者	被保険者番号	9999999999	※該当する部分の□にレをつけてください		
	個人番号	999999999999			
	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	<input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 ー 電話番号(090 - 0000 - 0000)			
再交付する証明書		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> その他()			
申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 郵便未着 <input type="checkbox"/> 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、医療保険の資格情報が確認できるもの。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、または本人の医療保険の資格情報が確認できるもの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