

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														※該当する部分の□にレをつけてください	
	個 人 番 号															
	フ リ ガ ナ															
	氏 名															
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日														
	住 所	〒 ー 電話番号(ー ー)														
申 請 者	氏 名	☐ 被保険者と同じ										被保険者 との続柄				
	住 所 (事業所の場合は 事業所名も記入)	☐ 被保険者と同じ 〒 ー 電話番号(ー ー)														
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()														

●窓口処理欄（以下は記入しないでください）

申 請 者	確認 書類	1 点	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 介護支援専門員証 ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ その他()		
		2 点	☐ 医療保険証 ☐ 介護保険関連証書(保 ・ 割 ・ 限) ☐ 年金手帳 ☐ その他()		
	確認方法		☐ 複写添付 ☐ 目視 (証番号等:)		
代 理 権 ※	確認書類	☐ 被保険者の医療保険証 ☐ 被保険者の介護保険関連証書 ☐ 委任状(原本添付) ☐ 後見等登記事項証明書 ☐ 後見等審判確定証明書 ※成年後見等の登記事項証明書及び審判確定証明書については、複写の添付必須。 ☐ その他()			
	確認方法	☐ 複写添付 ☐ 目視 (証番号等:)			
交付方法		☐ 窓口交付 ☐ 郵送			

※申請者が本人の場合、代理権の確認は不要