**介護保険 被保険者証等 再交付申請書**

受付印

瀬戸内市長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 電話番号（　　　　　　　　　　　　　）瀬戸内市　 |
| 申請者（窓口に来た人） | 氏名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 住所※ | 　〒　　　　-　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） |

 ※本人が申請する場合は申請者住所・電話番号は記入不要

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付を必要とする証明書等 | 1. 被保険者証　　　　　　　 4　資格者証
2. 負担割合証　　　　　　　 5　受給資格証明書
3. 負担限度額認定証　　　　 6　その他（　　　　　　　　　）
 |
| 申請理由 | 1　紛失　　　　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** | 　 |

※以下は記入しないでください

**受付時確認欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者** | **確認書類** | **申請者の身分証等** |
| **□被保険者（本人）** |  | **□免許証　　　　　　　□健康保険証****□介護保険証　　　　　□障害者手帳****□マイナンバーカード　□その他** |
| **□代理人** | **□委任状　□担当課へ確認** |
| **□後見人等** | **□登記　□代理行為目録　□その他** |
| **交付状況** | **□窓口で交付済　□担当課から後日郵送　※委任確認できない場合は郵送** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 | 担当 | 入力者 |
| 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 |  |

|  |
| --- |
| **担当者記入欄** |
| **入力日** |  |
| **郵送日****（□郵送不要）** |  |