

介護保険 被保険者証等再交付申請書

記入例

丸 亀 市 長 宛

次のとおり申請します。

【申請年月日】 年 月 日

被 申 請 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	本人の直筆が難しい場合は 代筆可能です
	フリガナ	マルガメ タロウ								生年月日	明	
	氏名	丸 亀 太 郎								性別	男 ・ 女	
	個人番号	運転免許証等で本人確認ができる場合には、個人番号（マイナンバー）の記載は不要です										
	住所	〒763-8501 丸亀市大手町二丁目4番21号 電話番号（ ）24-8807										

窓口 に 来 ら れ た 方	氏名	丸 亀 花 子			申請者との関係	妻
	住所	〒763-8501 丸亀市大手町二丁目4番21号 電話番号（ ）24-8807				

※本人の場合、住所・電話番号は記載不要

提出代行者名称	該当に○ (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院)		
提出代行者住所	〒 事業所が代行する場合は 記入が必要です		
	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	④. 負担限度額認定証 ⑤. 認定結果通知書 ⑥. 負担割合証
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	
--------	--	---------------	--

※保険者記入欄

備考

受付	発行	介護保険証の発行方法
		<input type="checkbox"/> 手渡し済 <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 申請・確認中