

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先)  
枚方市長

次のとおり申請します。

年 月 日

※太枠内のみ記入してください。

申請者氏名		被保険者との続柄	
申請者住所	〒 ー		
	電話番号 ー ー		

\*申請者が被保険者本人の場合、上記の申請者住所と電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	フリガナ		被 保 険 者 番 号			
	氏 名		個 人 番 号			
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男・女		
	住 所	〒 ー				
		電話番号 ー ー				
再交付を希望する証 (該当する番号を○ で囲んでください。)	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 受給資格証明書 5 介護保険負担限度額認定証 6 介護保険利用者負担額減額・免除認定書 7 ( )					
再交付の理由 (該当する番号を○ で囲んでください。)	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他 ( )					

# 受領書

私は、再交付申請した書類を

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 受領しました。

受領者氏名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名・介護保険施設名・地域包括支援センター名

<市記入欄>

再交付した書類を照合した者:

1 本人確認書類(現認したものに○をつける)

A (顔写真付)		マイナンバーカード、住民基本台帳カード(写真付)、運転免許証、運転経歴証明書、身体障害者手帳、パスポート、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書、その他( )
	1	健康保険証、資格確認書、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、年金手帳、生活保護受給者証、医療受給者証、その他( )
B	2	母子手帳(公印付)、社員証、学生証、預貯金通帳、キャッシュカード、クレジットカード、診察券、各種税金の領収証もしくは払込受領証、その他( )

※A欄から1点またはB欄から2点(うち1点は必ずB1のもの)。

※有効期間があるものは、有効期間内のものに限る。

2 居宅介護支援事業所・介護保険施設関係者・地域包括支援センター職員

事業所: 居宅 施設 包括

職種 : ケアマネジャー その他( )

3 郵送

発送日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

事務処理担当者 \_\_\_\_\_