

介護保険 被保険者証等再交付申請書

別府市長宛

次のとおり申請します。

| | | | | |
|---|----|------------------|--------|-------|
| | | | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者 | 氏名 | | 本人との関係 | |
| | 住所 | 〒 電話番号() | | |
| 申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。 氏名 _____ 印 | | | | |

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

| | | | | |
|------|--------|------------------|------|-------------|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 〒 電話番号() | | |

| | |
|----------|--|
| 再交付する証明書 | 1 介護保険被保険者証 2 介護保険資格者証 3 介護保険受給資格証明書 4 介護保険(特定)負担限度額認定証 5 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 6 訪問介護利用者負担額減額認定証 7 介護保険負担割合証 8 その他() |
| 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 |
|--------|----------------|

(注意)

- 1 再交付を受けた後、紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに、別府市に返還してください。
- 2 破損、汚損の場合は、その被保険者証等を添えて申請してください。

| | | | |
|----|----|------|----|
| 課長 | 係長 | 資格確認 | 受付 |
| | | | |

交付年月日 年 月 日(交付者印)