

介護保険 被保険者証等交付（再交付）申請書

枕崎市長 殿

次のとおり申請します。

申請者記入欄

申請日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0								0	0	個人番号												
	フリガナ												生年月日	大・昭	年	月	日							
	氏名												性別	男	・	女								
	住所	枕崎市											TEL	-		-								

※申請者（取りに来られた方）が被保険者本人と異なる場合のみ、申請者氏名・住所・電話番号および被保険者との続柄を記入すること。

申 請 者	氏名		被保険者との続柄			
	住所				TEL	-

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 負担割合証
	5 その他（ ）			
申請の理由	1 紛失・焼失	2 破損・汚損	3 2号被保険者交付	

※2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者の方）のみ記入すること。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

市記入欄（以下、記入の必要はありません。）

被保険者証等交付（再交付）伺い		課長	係長	係
起案	年 月 日	下記のとおり決定してよろしいか伺います。		
決裁	年 月 日			
交付（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 負担割合証	5 その他（ ）	
確認事項	申請者を【 1 個人番号カード 2 免許証 3 医療保険証 4 その他（ ） 】で確認する。			
	代理権を【 1 個人番号カード 2 免許証 3 医療保険証 4 その他（ ） 】で確認する。			