

# 記入例

※記入後、高齢者支援課の窓口へ提出するか郵送してください。

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

柏市長 あて

提出する人の氏名・住所・電話番号・本人との関係を記入してください。

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

提出者*	氏名		本人との関係	
	住所	〒		

\*提出者が被保険者本人の場合、「提出者」欄は記載不要です。

被保険者	番号	0 0 0	番号が不明な場合は記載不要です。		
	フリガナ	カシワ タロウ		生年月日	明・大・昭 20年2月2日
	氏名	柏 太郎		性別	男 ・ 女
	住所	〒 277-0005 柏市柏5-10-1		電話番号 04-7167-1022	
再交付する証明書	1 被保険者証		2 負担割合証	交付して欲しい証明書と、理由に○をつけてください。	
	3 その他 ( 資格者証 受給資格証明書 )				
申請の理由	1 紛失・焼失 ※手続きに必要な場合は該当するものに✓チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 要介護認定申請のため <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼 (変更) 届出のため 2 破損・汚損 3 その他 ( )				

「再交付する証明書」と「申請の理由」については、該当する番号を○で囲んでください。

※ 2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

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

以下は記入不要です。

送付先 (設定・変更・解除) 後再交付→確認者 ( )

担	この欄は記入不要です			
使用				<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )