

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

柏市長 あて

次のとおり申請します。

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

提出者*	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

\* 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			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			
再交付する 証明書	1 被保険者証                      2 負担割合証 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（ \_\_\_\_\_ ）

担当課 使用欄	処理状況		申請者 確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 （破損・汚損の場合） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	申請受付	交付		
	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送			