

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。

記入例

	申請年月日	令和5年3月1日
申請者氏名	柏 花子	本人との関係 長女
申請者住所	〒277-0005 柏市柏 *申請	

申請者が本人以外の場合、申請する人の氏名・住所・電話番号・本人との関係を記入してください。

被保険者	被保険者番号	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	昭和20年1月1日
	氏名	柏 太郎		
	住所	柏市柏5-10-1 電話 04-7167-1111		

再交付する 証明書	1 被保険者証
	2 負担割合証
申請の理由	3 その他（資格者証，受給資格証明書，認定結果通知書）
	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

●下記手続きに必要で再交付する場合，□にチェックして手続きと同時にこの申請書を提出ください。

☐ 要介護・要支援認定申請

☐ 居宅サービス計画

※これらの申請は，申請書と一緒に提出してください。

○再交付は原則として本窓口交付は，本人または送付先住所の氏名を確認できる身分証明証を提示された場合にのみ可能です。

・手続きに被保険者証が必要な場合は，どちらかに✓をつけて手続き時にこの申請書を提出ください。

・すぐに手続きをする訳ではなく，手元に一旦現物が欲しい場合は，✓はつけずに提出ください。

以下は市役所使用欄です

この欄は記入不要です			
送付先（認定・変更・給付）後再交付・確認者（ ）	の場合	☐ 委任状	☐ その他（ ）