

本人以外の申請の場合の記載例

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 岡 崎 市 長

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	介護 太郎	本人との関係	長 男
申請者住所	〒444-8601 電話番号 23-6646 岡崎市十王町二丁目9番地		

申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	カイゴ イチロウ	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 2年 3月 4日
	被保険者氏名	介護 一郎	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒444-8601 電話番号 23-6646 岡崎市十王町二丁目9番地		

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
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
--------	---------------

記入不要(市処理欄)

番号確認	個人番号カード	通知カード	住民票の写し	オンライン
申請者	本人 法定代理人 任意代理人	登記事項証明書 同居家族	委任状 介護支援専門員証・職員証	本人の被保険者証等 その他 ()
身元確認	写真有1点 写真無2点	運転免許証 介護被保険者証 その他 ()	障害者手帳 医療被保険者証	その他 ()
受渡方法	窓口交付	自宅(転送先)へ郵送	確認者	