介護保険被保険者証等再交付申請書

①　※本人申請の場合の記載例

令和　７年　４月　１日

（宛先）岡 崎 市 長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 氏　名 | 介護　一郎 | 本人との関係 | 本人 |
| 住　所 | 〒４４４－００２２　　　電話番号（０５６４）２３－６６４７  岡崎市朝日町３丁目２番地 | | |

　次のとおり、介護保険被保険者証等の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  ２０年　３月　４日 | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | 介護　一郎 | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－    □ 申請者と同住所 **※申請者と同じ住所の場合、住所・電話番号は記入不要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する  文書 | | １　被保険者証　　　　　　　２　資格者証  **レ**  ３　受給資格証明書　　　　　４　認定結果通知書  ５　負担割合証　　　　　　　６　負担限度額認定証  ７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | １　紛失・焼失　　　　　　　２　破損・汚損  ３　住所変更（市内転居・施設入所）  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　以下記入不要（市処理欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請方法 | □ 来庁　□ 郵送　□ 電話 | | | |
| 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 | □ 被保険者本人 | | | |
| 【代理申請】 | 【確認書類】※申請者が本人以外の場合に確認 | | |
| □ 法定代理人（成年後見人等） | □ 登記事項証明書 | | |
| □ 任意代理人（同居家族） | □ 本人の被保険者証　□ その他(　　　　) | | |
| □ 任意代理人（同居家族以外） | □ 委任状　□ 本人の被保険者証　□ その他(　　　　) | | |
| □ 介護支援専門員・施設職員 | □ 居宅届　□ 入所申込書・契約書等 | | |
| 申請者の  身元確認 | 写真有１点　□ 運転免許証　□ 個人番号カード　□ 障がい者手帳  □ 介護支援専門員証・職員証　□ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 写真無２点　□ 介護保険被保険者証　□ 健康保険被保険者証　□ 後期高齢者医療被保険者証  　　□ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 受渡方法 | □　窓口交付　　　　□　自宅（転送先）へ郵送 | | 確認者 |  |