

介護保険被保険者証等再交付申請書

受付印

（宛先）知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

		申請年月日	○年○月○日
申請者氏名	広域 太郎	被保険者との続柄	夫
申請者住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1 電話番号（052）689-2262		

*申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要です。

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	コウイキ ハナコ		生年月日	昭和12年3月12日
	氏名	広域 花子		性別	男 · <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1 電話番号（052）689-2262			

*下記証明書のうち、2、3、5、9、10の再交付申請の場合は、運転免許証等により本人確認ができる場合は、個人番号の記載は不要です。

再交付する 証 明 書	<input checked="" type="radio"/> 1 受給資格証明書 2 被保険者証 3 負担割合証 4 資格者証 5 負担限度額認定証 6 利用者負担額減額・免除認定証 ※5～10は、決定通知も再交付します。不承認の場合は決定通知のみ再交付します。	7 特定負担限度額認定証（旧措置者） 8 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置者） 9 訪問介護利用者負担額減額認定証 10 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
	申請の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

※ 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

(医療保険者番号) 医療保険者名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	医療保険 被保険者証記号番号	-

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

課長	補佐	係長	係
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

課付課長	受付者	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>