様式第４６号（第２８条関係）

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		被保険者との続柄	
申請者住所	〒　－ 電話番号（　　）　－		

＊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		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒　－ 電話番号（　　）　－		

＊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	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 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 ※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。
申請の理由	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		医療保険 被保険者証記号番号	－

本人確認	□運転免許証　□個人番号カード　□パスポート　□その他（　　）

課長		補佐	係長	係

課付課長		受付者