

介護保険 被保険者証等再交付申請書

山梨市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

*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です。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号																			
	フリガナ											生年月日																			
	氏名											生年月日																			
	住所																														

*個人番号欄は、1, 3, 4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再 交 付 す る 証 明 書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他()
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
--------	-------------------

【山梨市記入欄】-----

申請者の本人確認				本人との関係確認(代理権確認)		番号確認	
☐ 運転免許証 ☐ 旅券(パスポート) ☐ 個人番号カード ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他公的な顔写真付証明証 ()		※顔写真のない証明(2点) ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 健康保険の資格確認書 ☐ 厚生(国民)年金証書 ☐ その他公的な証明書 ()		☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ 本人の介護保険被保険者証 ☐ その他 ()		☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他 ()	
要介護認定		証交付状況		帳票出力状況			
☐ 有 ☐ 無	☐ 申請中	☐ 交付 ☐ 差替	☐ 回収 ☐ 未回収	☐ 保険証 ☐ 資格者証	☐ 負担割合 ☐ 負担限		