

介護保険 被保険者証等再交付申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

住所

手続きをする人 氏名

電話番号

被保険者との関係

次のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和
	住 所		性 別	年 月 日
	フリガナ		要介護 (支援)認定	男 ・ 女
	氏 名			

再交付を受けようとする証 （該当する物の番号を丸で囲んでください）	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担割合証 4 受給資格証明書 5 特定負担限度額認定証（旧措置入所者） 6 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者） 7 訪問介護利用者負担額免除認定証 8 負担限度額認定証 9 利用者負担額減額・免除認定証 10 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証 11 その他（ ）
再交付の理由 （該当する理由の番号に丸をしてその理由の詳細を記入してください）	1 汚損 2 破損 3 紛失 4 その他（ ） (理由) ※「いつ」「どこで」「どのように」理由が生じたかを詳しく記入してください。 ※再交付の理由が「汚損」又は「破損」の場合は、被保険者証を添付してください。

ここから下は1（被保険者証） 3（負担割合証）の再交付を希望の場合のみご記入ください。	
個人番号	
委任欄 ※被保険者以外が手続きする場合に記入	私は、介護保険被保険者証等再交付の申請を、上記手続きをする人に委任します。 被保険者（申請者） 氏名

確 認	☐ 本人確認書類 確認済 ☐ 手続きにきた人資格確認済 （ケアマネジャー・ケースワーカー） ☐ 不要（郵送交付）	個人番号（身分確認） ☐ 免 ☐ 個力 ☐ 住B ☐ 身手 ☐ 他（ ）	(番号確認) 個力・通力 住票・住基				
	他の申請等状況 ☐ 同時に要介護・要支援認定の申請あり ☐ 同時に居宅サービス等計画作成依頼届出あり						
資格者証交付の可否		有 無	申請のとおり再交付してよいでしょうか				
受 付	交 付 方 法		課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当
	☐ 郵送（普通郵便） ☐ 郵送（特定記録郵便） ☐ 窓口交付						