

介護保険被保険者証等再交付申請書

つくば市長 宛て
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 関係	
申請者住所 *申請者が被保険者番号本人の場合は記載不要	〒 _____ 電話番号 _____		

被 保 険 者	被保険者番号	_____	個人番号	_____
	フリガナ	_____	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名	_____	性別	男 ・ 女
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担割合証 4 負担限度額認定証
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	_____	医療保険者被保険者証記号番号	_____
--------	-------	----------------	-------

※申請者が被保険者以外の場合は、申請者の身分証明書（運転免許証、介護支援専門員証等）のコピーを添付してください。

※市記入欄
(申請者は記入しないでください)

係長	処理者	交付方法	交付日
_____	_____	郵送・手渡し	_____

受 付	番号確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認
	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基ネット <input type="checkbox"/> (_____)	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> (_____)	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> ケアマネ証 <input type="checkbox"/> (_____)