

様式第5号（第9条関係）

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
申請者の氏名 (提出代行者)		被保険者との 関 係	
事業所の名称			
住所	〒		
	電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合には、申請者住所・電話は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号																	個人番号																
	フリガナ																																	
	被保険者氏名																生年月日	年 月 日																
	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 ()	

※申請者が被保険者以外の場合には、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"/> ()	<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"/> ()