

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

矢板市長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 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・電話番号は記載不要

【保険者確認】 申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> サービス計画作成依頼届 (ケアマネジャーの場合のみ)
--------------------	--

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	大・昭	年	月	日				
	住 所	〒										電話番号								

再交付する 証明書	1 被保険者証                      4 資格者証 2 負担割合証                      5 受給資格証明書 3 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 ( )

【保険者確認】 被保険者本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 申請者または被保険者の身分証不足につき郵送対応 (発送日: 月 日)
---------------------	--