

介護保険 被保険者証等再交付申請書

甲斐市長 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

	個人番号												
被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0							
	フリガナ												
	被保険者氏名											生年 月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号											

交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

紛失した介護保険被保険者証等が、見つかった場合は速やかに返還します。

確認方法 (委任状・同一世帯・郵送)	申請者本人確認 (運転免許証・個人番号カード・その他)	受付
-----------------------	--	----