

介護保険被保険者証等再交付申請書

諫早市長 様
次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	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

被 保 険 者	被保険者番号																					
	フリガナ											個人番号										
	被保険者氏名											生年月日	年 月 日									
												性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒 電話番号																				

再 交 付 す る 証 明 書 等	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 5 介護保険特定負担限度額認定証 6 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証
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		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

(諫早市使用欄)

来庁者	本人確認	交付
☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人 ☐ 郵送	①マイナ・免許証・手帳 他 () ②資格確認書・被保険者証・ 負担割合証・他 () ☐ 委任状	☐ 窓口 ☐ 郵送 (/)

