介護保険被保険者証等再交付申請書

小郡市長　あて

下記のとおり、介護保険被保険者証の交付を申請します。

年　　月　　日

被保険者（申請者）	フリガナ 氏名		被保険者番号	／	／	0	0									
			個人番号													
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日				性別	男　・　女									
	住所	〒　　－														
	電話番号	（　　）　　－														
	健康保険証 ※第2号被保険者（40～64歳）のみ記入	医療保険者名														
		記号				番号										
申請者が被保険者以外の場合		氏名				続柄										
		住所	〒　　－													
		電話番号	（　　）　　－													
再交付を必要とするもの		□ 被保険者証　□ 負担限度額認定証 □ 負担割合証														
再交付を必要とする理由		□ 紛失　□ 破損　□ その他（　　）														

保険者確認欄	医療保険確認（第2号被保険者のみ）	□ 健康保険証　□システム確認（ 国保 ・ 国保以外 ）		
	提出	□ 本人　□ 代行 □ 代理　□ 郵送	代理権の確認	□ 介護保険被保険者証 □ 官公署等からの書類（　　） □ その他（　　）
	個人番号確認	□ 個人番号カード（写）　□ 通知カード（写）　□ システム確認 □ その他確認書類（　　）　□個人番号記載なし		
	本人確認	【1点確認】 □ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ 住基カード □ 介護支援専門員証　□ その他（　　） 【2点確認】 □ 介護保険被保険者証　□ 負担割合証 □ 負担限度額認定証　□ 健康保険証 □ その他（　　）		受付印
	処理状況	□ 窓口交付　□ 郵送（ 本人 ・ 申請者 ） □ その他（　　）		
	備考			受付者（　　）