

介護保険 被保険者証等再交付申請書

小平市長 殿
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は、申請者住所・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	1	3	0	0							個人番号													
	フリガナ											生年月日	年 月 日												
	被保険者氏名																								
	住 所	〒 電話番号																							

再交付する証明書	1	被	保	険	者	証																						
	2	負	担	割	合	証																						
	3	資	格	者	証																							
	4	受	給	資	格	証	明	書																				
	5	負	担	限	度	額	認	定	証																			
	6	その他（					）																					
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（																							）				

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

＊2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

窓口交付を受けたい場合（高齢者支援課のみ）は、被保険者本人の公的機関から発行された身元確認書類の原本（※）の提示が必要です（窓口に来られる方がご家族等代理人の場合は、代理人の身元確認書類の原本も必要です）。

- ※ 個人番号（マイナンバー）カード（※1）、運転免許証、介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、医療保険被保険者証（有効期限内のもの）または資格確認書（※2） など
- ※1 郵送の場合、マイナンバーは確認できないようマスキング等をしてコピーしてください。
- ※2 郵送の場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号は確認できないようマスキング等をしてコピーしてください。

主 管 課 処 理 欄（窓口交付受付時確認書類）	
被保険者：	介護証 割合証 限度額証 医療証 運転証 （
代理人：	介護証 医療証 運転証 （