この申請書は、市の介護保険担当課へご提出ください

介護保険　被保険者証等再交付申請書

砺波地方介護保険組合　理事長　様

次のとおり申請します。なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは直ちに返納します。

		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　　－　　－		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　月　日
	被保険者氏名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号　　－　　－		

再交付する証明書	1　被保険者証 2　資格者証 3　受給資格証明書 4　介護保険負担限度額認定証 5　特定負担限度額認定証（旧措置入所者） 6　利用者負担額減額・免除認定証（旧措置入所者） 7　介護保険負担割合証
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	

※１　申請者の本人確認書類をお持ちください。

（１点でよいもの）□運転免許証　□パスポート　□身体障害者手帳　□個人番号カード
□その他の公的身分証明書（写真付き）

（２点必要）□介護保険被保険者証　□医療保険被保険者証　□国民年金手帳　□年金証書
□その他の公的身分証明書（写真なし）

※２　成年後見人が申請される場合は、登記事項証明書等（証明日から３か月以内のもの）の写しを添付してください。※１の申請者の本人確認書類もお持ちください。

※３　別世帯の親族や介護支援専門員等が申請される場合は、委任状が必要です。
※１の申請者の本人確認書類もお持ちください。

市記入欄

本人確認	※１の□にチェック　その他の場合は名称を記入（　　）
交付方法	□　窓口で再交付済み。 （ □同一世帯　□戸籍等にて続柄確認　□成年後見人(写し添付要)　□委任状(原本添付要)　）
	□　後日(□市窓口　□組合)が郵送（送付先変更　□有　□無 ）する。→　発送日：　　／　　済