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	平成　　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、被保険者住所・電話番号は記載不要

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	

処理事項の市記入欄（□にチェックをつけて、必要事項を記入してください。）

本人確認	１点 （写真有）	□運転免許証　□パスポート　□住民基本台帳カード　□身体障害者手帳 □個人番号カード　□その他官公署発行の写真付身分証明書（　　） 上記の記号番号等（　　）
	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 □住民基本台帳カード(写真なし)　□その他（　　）
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	