

**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。

|       |   |        |    |   |   |   |
|-------|---|--------|----|---|---|---|
|       |   | 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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 | 個人番号 |
|                  | フリガナ   | 生年月日 |
|                  | 被保険者氏名 | 性 別  |
|                  | ※住 所   | 電話番号 |

明・大・昭 年 月 日

男 ・ 女

|                |   |
|----------------|---|
| 再交付する<br>証 明 書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 介護保険負担限度額認定証<br>5 特定負担限度額認定証(旧措置入所者)<br>6 利用者負担額減額・免除認定証(旧措置入所者)<br>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** (□にチェックをつける。) 本人確認の①は写真有なら1点で可、②は2点必要。確認したものに○をする。

- 本人確認 ① 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・その他 (          )  
 上記の記号番号等 (          )  
 ② 旧介護保険被保険者証・医療保険証・国民年金手帳・年金証書  
 その他 (          )
- 窓口で再交付済
- 組合で郵送により再交付する(送付先変更届    有 ・ 無 ) → (平成    年    月    日郵送)