

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

白石市長 殿

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者氏名		被保険者との続柄	
申請者住所			
	電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合には、記入不要です。

提出 代 行 者	名 称	<small>(□地域包括支援センター・□居宅介護支援事業者・□指定介護老人福祉施設・□介護老人保健施設・□指定介護療養型医療施設)</small>	印
	住 所		
		電話番号	

被 保 険 者	個人番号																						
	被保険者番号	0	1	0	0										生年月日	年	月	日					
	フリガナ																						
	氏 名													性 別	男	・	女						
	住 所	〒989- 白石市												電話番号									
再交付を希望する 証 明 書 等		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 被保険者証</td> <td style="width: 50%;">4. 資格者証</td> </tr> <tr> <td>2. 負担割合証</td> <td>5. 受給資格証明書</td> </tr> <tr> <td>3. 負担限度額認定証</td> <td></td> </tr> </table>																1. 被保険者証	4. 資格者証	2. 負担割合証	5. 受給資格証明書	3. 負担限度額認定証	
1. 被保険者証	4. 資格者証																						
2. 負担割合証	5. 受給資格証明書																						
3. 負担限度額認定証																							
申請の理由		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 紛失・焼失</td> <td style="width: 33%;">2. 破損・汚損</td> <td style="width: 33%;">3. その他( )</td> </tr> </table>																1. 紛失・焼失	2. 破損・汚損	3. その他( )			
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
--------	-------------------

【白石市処理欄】

申請者確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運転免許証    ・ 運転経歴証明書    ・ 障害者手帳(身・療・精)</li> <li>・ その他( )</li> </ul>	収 受	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険被保険者証    ・ 市税納入通知書    ・ 年金証書</li> <li>・ その他( )</li> </ul>		
個人番号確認	・ 個人番号カード    ・ 通知カード    ・ 住民票(番号記載あり)		
受付場所	・ 長寿課    ・ 健康推進課    ・ 郵送による申請		
交付確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 窓口交付    ※交付年月日 (令和 年 月 日)</li> <li>・ 郵送による交付    ※発送年月日 (令和 年 月 日)</li> </ul>		