

様式第3号(第2条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 松阪市長
次のとおり申請します。

本人確認書類(公的機関発行で顔写真つきのもの)をご用意ください。窓口で本人確認(本人以外の方が手続きされる場合は、手続きにみえた方の本人確認)ができた場合は、窓口にてお渡しすることができます。本人確認できない場合は被保険者様の住所地へ郵送させていただきます。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名		被保険者との関係	1 本人	2 親族 (続柄)	3 その他 ()
申請者住所	〒				

《ご注意ください》
被保険者ご本人以外が申請される場合は、本人からの委任が必要なため、委任欄の記入・押印が必要となります。

被 保 険 者	番号	個人番号										
	フリガナ											
	氏名	年	月	日	明 大 昭	年	月	日				
	現住所	電話番号										

介護保険証の被保険者番号です。医療保険の番号ではありません。分からない場合は空欄でも構いません。

個人番号(マイナンバー)が分からない場合は空欄でも構いません。

*申請者が被保険者本人の場合、現住所と電話番号は記載不要です。

委任欄 (任意様式可)	次の者に以下の証明書等に係る再発行手続きと受領を委任します。	
	委任者 (被保険者)	Ⓜ
	受任者 (申請者)	

被保険者ご本人以外が申請される場合は必ずご記入ください。代筆の場合は受任者以外が行い、代筆者の氏名と被保険者から見た続柄も明記してください。

交付する証明書等	1 被保険者証 2 受給資格者証 3 利用者負担額減額・免除等認定証 4 自己負担割合証 5 その他 ()
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)のみ記入してください。

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

個人番号	被保険者証交付年月日	年	月	日
------	------------	---	---	---

窓口確認	個人番号カード・免許証・職員証・保険証・身手・住基・他 () / 通知カード確認 <input type="checkbox"/>			
交付方法	窓口交付・郵送(住所地)	個人番号記入者	本・代・職	対応者