

介護保険被保険者証等再交付申請書

東三河広域連合長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	※該当する部分の□にしをつけてください									
	個人番号										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
	住所	〒 - 電話番号(- -)									
申 請 者	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ					被保険者との続柄				
	住所 (事業所の場合は 事業所名も記入)	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 -					電話番号(- -)				
再交付する証明書		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> その他()									
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 郵便未着 <input type="checkbox"/> その他()									

●窓口処理欄 (以下は記入しないでください)

申 請 者	確認書類	1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	
		2 点	<input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 介護保険関連証書(保・割・限) <input type="checkbox"/> 年金手帳又は基礎年金番号通知書 <input type="checkbox"/> その他()	
	確認方法	<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)		
代 理 権 ※	確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者の医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 被保険者の介護保険関連証書 <input type="checkbox"/> 委任状(原本添付) <input type="checkbox"/> 後見等登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 後見等審判確定証明書 <input type="checkbox"/> その他()		
	確認方法	<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)		
交付方法		<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送		

※申請者が本人の場合、代理権の確認は不要