

記入例

介護保険被保険者証等再交付申請書

長岡市長様

次のとおり申請します。

太ワク線内に記入してください。

申請年月日

〇〇年〇月〇日

申請者氏名	長岡 花子		被保険者との関係	子	
申請者住所	〒94×-×××× 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 0258-××-××××				
委任通知書	次の者に申請事務を委任します。 委任者（被保険者） <input checked="" type="checkbox"/>				
	代理人氏名	長岡 花子		被保険者との関係	子
	代理人住所	〒94×-×××× 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話番号 0258-××-××××			
被保険者番号					
個人番号					
フリガナ	ナガオカ タロウ		生年月日	明大 5年 1月 1日 <input checked="" type="checkbox"/>	
被保険者氏名	長岡 太郎				
住所	〒940-8501 長岡市大手通1丁目4番地10 電話番号 0258-39-2245				

①申請する方の氏名等を記入してください。

※郵送申請の場合は被保険者本人の氏名等を記入。

②申請者が「被保険者」以外の方からの申請の時は、被保険者の印を押し、代理人の氏名等を記入してください。「同上」は不可。

※不明な時は空欄可。

③介護保険証が必要な「被保険者」の氏名等を記入してください。

再交付する証明書	<input type="checkbox"/> ① 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> ② 資格者証 <input type="checkbox"/> ③ 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> ④ 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> ⑤ 利用者負担額減額・免除認定証 <input type="checkbox"/> ⑥ 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 <input type="checkbox"/> ⑦ 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> ⑧ その他 ()	
申請の理由	<input type="checkbox"/> ① 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> ② 破損・汚損 <input type="checkbox"/> ③ 未着 <input type="checkbox"/> ④ その他 ()	

④再交付をするものを○で囲んでください。

⑤再交付を申請する理由を○で囲んでください。

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
--------	---------------

介護保険課処理欄

証発行	審査