

介護保険 被保険者証等再交付申請書

白石市長 殿

令和 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	(<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター・ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者・ <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設・ <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・ <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設)
	住 所	印 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	明・大・昭	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		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		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	・ 運転免許証 ・ 運転経歴証明書 ・ 障害者手帳(身・療・精)
	・ その他()
	・ 医療保険被保険者証 ・ 市税納入通知書 ・ 年金証書
	・ その他()
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	・ 窓口交付 ※交付年月日 (令和 年 月 日)
	・ 郵送による交付 ※発送年月日 (令和 年 月 日)

収 受
