

介護保険被保険者証・負担割合証等 再交付申請書

釧路市長 あて

次のとおり交付申請します。

申 請 者 名	フリガナ	申 請 年 月 日	令和 年 月 日
被保険者との関係	本人・同一世帯員・その他（ ）		
申 請 者 住 所	釧路市 町 丁目 番 号 大通 電話番号 （ ）		

被 保 険 者	個人番号※																※個人番号は、申請時に被保険者の 本人確認ができる場合は記載不要です。			
	被保険者番号		0	0	0															
	フリガナ																			
	氏名	□申請者に同じ															生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所	□申請者に同じ 釧路市 町 丁目 番 号 大通 電話番号 ()																		
	再交付を受けたい証書の種類	1 被保険者証 4 社会福祉法人等・民間等サービス利用者負担軽減確認証 2 資格者証 5 負担割合証 3 介護保険負担限度額認定証 6 その他（ ）																		
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歳の医療保険者加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者記号番号
--------	--------------

担当者記入

申請者の本人確認	☐ 写真身分証明書【1点】（免・個・CM）（ ） ☐ その他証明書等【2点】（保・通・年・限・割・社福・民間）（ ）
個人番号の確認	＊個人番号記載の場合のみ要確認 ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他（ ）
代理権の確認	＊申請者が本人・同一世帯員以外の場合のみ要確認 ☐ 代理権確認書類（登記事項証明書・委任状） ☐ 被保険者の介護保険被保険者証・健康保険者証 ☐ 代理権確認書類なし ⇒ 即日交付 （記載事項変更は後日郵送） ⇒ 後日郵送（☐本人宛 ☐送付先宛）

／ 窓□・郵送（本人宛・送付先宛） 種類：1・2・3・4・5