

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	〇〇〇								
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	氏名	□申請者に同じ								
	住所	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 被保険者証</td> <td style="width: 50%;">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</td> </tr> <tr> <td>2 資格者証</td> <td>5 負担割合証</td> </tr> <tr> <td>3 介護保険負担限度額認定証</td> <td>6 その他（ ）</td> </tr> </table>				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
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 紛失・焼失</td> <td style="width: 50%;">4 住所変更（手書き・再発行）</td> </tr> <tr> <td>2 破損・汚損</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 その他（ ）</td> <td></td> </tr> </table>				1 紛失・焼失	4 住所変更（手書き・再発行）	2 破損・汚損		3 その他（ ）	
1 紛失・焼失	4 住所変更（手書き・再発行）									
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	<input type="checkbox"/> 写真付身分証明書【1点】（免・個・CM）（ ） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 代理権確認書類（登記事項証明書・委任状） <input type="checkbox"/> 被保険者の介護保険被保険者証・健康保険者証 ⇒即日交付(住所変更は後日郵送) <input type="checkbox"/> 代理権確認書類なし ⇒ 後日郵送（ <input type="checkbox"/> 本人宛 <input type="checkbox"/> 送付先宛）	

／ 窓口・郵送（本人宛・送付先宛） 種類：1・2・3・4・5