

担当	係長	課長
担当	係長	課長

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 川崎市 幸 区長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	氏名	(1 本人 2 代理人) 印	本人との関係	
	代理人の住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

被保険者	被保険者番号											個人番号														
	フリガナ																									
	氏名																									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女																			
住所	〒 _____ 電話番号 () _____																									

(該当する番号に○印を付けてください。)

証の種類	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証(暫定被保険者証) 4 受給資格証明書 5 負担限度額認定証 6 利用者負担額減額・免除認定証 7 特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証) 8 利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第2号被保険者 (40歳以上65歳未満の医療保険加入者)

医療保険者名		医療保険者番号						
医療保険被保険者証 記号及び番号	被保険者(世帯主) 氏名						続柄	
	資格取得日							

備考 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 写真付き個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 郵送(発送日 /) <input type="checkbox"/> 委任状あり	回収月日 _____ 月 _____ 日
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

注 太枠内のみ記入してください。