

介護保険 被保険者証等再交付申請書

身延町長 様

次のとおり申請します。

申請者記載欄

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名 (窓口に来た方の氏名・事業者名)	⑩					
申請者住所 (窓口に来た方・事業者住所)	〒 電話番号					
事業者の場合 (担当者氏名)						
被保険者と窓口に来た方との関係	ケアマネージャー ・ 介護保険施設職員 3 親等内の親族 (続柄:) ・ その他					

被 保 険 者	被保険者番号																
	個人番号																
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	被保険者氏名											性別	男 ・ 女				
	住所	〒 4 0 9 - 身延町 電話番号															
再交付する証明書等		1 介護保険被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 受給資格証明書 5 介護保険各種認定証 ①介護保険利用者負担額減額・免除認定証 ②介護保険利用者負担額・免除認定証 (旧措置入所者用) ③訪問介護利用者負担額減額認定証 ④介護保険標準負担額減額認定証 ⑤介護保険特定標準負担額減額認定証 (旧措置入所者用) ⑥社会福祉法人等利用者負担減免確認証															
申請理由		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	
--------	--	---------------	--

同意者記載欄

※同意者とは被保険者本人です。

同意年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

同意書

上記の申請者に上記の証明書等を再交付することに同意します。

同意者氏名	⑩
同意者住所	〒