

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(申請先) 玉野市長

次のとおり申請します。

| | | |
|-------|--|----------|
| 申請年月日 | | 令和 年 月 日 |
| 提出者氏名 | 本人・家族・成年後見人等・地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業所・施設・その他 () | |
| 提出者住所 | 〒 電話番号() - | |

※ 提出者が被保険者本人の場合、提出者住所・電話番号は記入不要です。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|---|--|--|--|--|-----------|-------------------|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | | 性別 | 男・女 | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | 電話番号() - | | | | | |

| | | |
|--------------|--|---|
| 再交付する 証明書 | 1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 | 6 社会福祉法人等利用者負担減額確認証 7 訪問介護利用者負担額減額認定証 8 利用者負担減額・免除認定証 |
| 申請理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他() ※「2 破損・汚損」の場合には当該被保険者証を添付してください。 | |

※ 被保険者証等の再交付を受けた後、失った被保険者証等を発見したときは、発見した被保険者証等を長寿介護課に返却してください。

介護保険係処理欄

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 本人、同住所地の家族等の確認により窓口交付 |
| <input type="checkbox"/> 家族、事業者等の申請により郵送 (月 日郵送) |
| <input type="checkbox"/> (新規・更新・変更)申請と同時 <input type="checkbox"/> 再交付のみ |
| <input type="checkbox"/> 送付先 (有・無) <input type="checkbox"/> 居宅届出と同時 |
| 交付文書 <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 被保険者証 (有効期間 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在 <input type="checkbox"/> 更新後) |
| <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 |

| | |
|-----|-----|
| 確認者 | 受付者 |
|-----|-----|