

# 介護保険 被保険者証等交付再交付申請書

小田原市長 様

次のとおり被保険者証等（ 交付 ・ 再交付 ）について申請します。

\* 該当する方に をつける

	申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号	

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

\* 本人、家族等以外の方が申請する場合は、「申請者氏名」欄に押印もお願いします。（認印、事業者印等）

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	〒 電話番号 ( )					

### 再交付申請の場合は記入

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 その他 ( )
申請の理由	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	
--------	---------------	--

受 付	確 認	処 理

# 介護保険 被保険者証等交付再交付申請書【記入例】

小田原市長 様

次のとおり被保険者証等（ 交付 ・ **再交付** ）について申請します。

申請する区分に **再交付** をつけてください。

\*該当する方に **再交付** をつける

再交付の手続きをする方のお名前です。ご本人・ご家族が申請する場合には、印鑑は不要です。

申請者氏名	小田原 太郎	申請年月日	平成 年 月 日
本人との関係	子	電話番号	- -
申請者住所	〒 - 小田原市 荻窪		

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

\*本人、家族等以外の方が申請する場合は、「申請者氏名」欄に押印もお願いします。（認印、事業者印等）

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ	オダワラ ハナコ	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 年 月 日
	被保険者氏名	小田原 花子	性別	男 ・ <b>女</b>
	住所	〒 250 - 小田原市 荻窪 - 電話番号 0465 ( )		

## 再交付申請の場合は記入

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 4 負担割合証 <input type="checkbox"/> 5 その他 ( )	一般的にいう「保険証」は「1 被保険者証」です。 特に案内がない場合は「1」に <b>再交付</b> をつけてください。  あてはまるものに <b>再交付</b> をつけてください。「保険証が届いていない」という方は「3 その他」に「未着」とご記入ください。
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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	
--------	--	---------------	--

受付	確認	処理