

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	令和 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。

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	〒																	

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	
--------	--	---------------	--

係 処 理 欄	受付者	受付日・方法	確認者	交付日・方法
		/ 窓 口 郵 送 通送()		/ 窓 口 郵 送

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

申請する区分に○をつけてください。

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

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	令和○年○月○日
申請者住所	〒○○○-○○○○ 小田原市 荻窪 ○○○	本人との関係	子
		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。

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・ 昭 △年 △月△日
	被保険者氏名	小田原 花子	性別	男 ・ 女
	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 ()
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 ()

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○をつけてください。

あてはまるものに○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。

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	
--------	--	---------------	--

係 処 理 欄	受付者	受付日・方法	確認者	交付日・方法
	／	窓 口 郵 送 通送()	／	窓 口 郵 送