

介護保険被保険者証等再交付申請書

(あて先) 川口市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 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・電話番号は記入不要

被保険者番号	
個人番号	
被保険者	氏名(フリガナ) 男・女 明・大・昭 年 月 日生
	〒 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 その他 ( )
申請理由	1 破損・汚損 2 紛失・消失 3 その他 ( )
送付先変更・窓口交付理由	<input type="checkbox"/> 入院・入所等により住所地に不在となるため <input type="checkbox"/> 本人が書類等を管理できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )

\*本人以外に郵送又は窓口交付する場合にチェック

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者	医療保険被保険者証 記号番号
-------	-------------------

市 処 理 欄	申請者	<input type="checkbox"/> 本人(BDを確認) <input type="checkbox"/> 代理人(BCDを確認) <input type="checkbox"/> 事業者(ABCDを確認)	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 本人あて郵送 <input type="checkbox"/> 申請者あて郵送	
	(A) 事業者	<input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 認定調査員証 <input type="checkbox"/> 名刺等 <input type="checkbox"/> その他( )			
	(B) 申請者	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 認定調査員証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 社員証(写真有) <input type="checkbox"/> その他( )		
		2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 社員証(写真無) <input type="checkbox"/> その他( )		
	(C) 被保険者 (代理権)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他( )			
	(D) 個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 保険		