

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 ()							
*本人以外に郵送また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"/> 資格確認書 <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"/> 資格確認書 <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		