

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	□入院・入所等により住所地に不在となるため □本人が書類等を管理できないため □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()			
	□認定	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 保険		