介護保険　被保険者証等再交付申請書

土庄町長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者氏名		被保険者との関係	
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			
	フリガナ			
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性別	男　・　女
	住所	〒　　－　　電話番号　　－　　－		

再交付する証明書	1　介護保険被保険者証 2　負担割合証 3　資格者証 4　受給資格証明書 5　負担限度額認定証 6　社会福祉法人等利用者負担減額確認証 7　離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の軽減確認証 8　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	

※市町村記入欄 申請者確認	１点確認	１．個人番号カード　２．運転免許証　３．身体障害者手帳等 ４．介護支援専門員証　５．その他（　　）
	２点確認	１．介護被保険者証　２．医療保険証　３．介護保険納入通知書 ４．長寿手帳　５．包括・事業所の職員証 ６．その他（　　）

※郵送での申請……申請者の本人確認書類（申請者確認欄参照）のコピーを添付してください。