

第6号様式

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 浦安市長

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です。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日										
	氏名																					
	住所	〒										電話番号										

\*個人番号欄は、1, 3, 4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 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	
--------	--	-------------------	--

申請に当たっては本人確認書類の提出が必要です。

※申請者と被保険者が異なる場合にはそれぞれ必要です。

また、郵送で申請する場合は写しの添付が必要です。

①官公署が発行する顔写真付き書類の場合(運転免許証やマイナンバーカード、国家資格証など。)

いずれか1つ(申請者が被保険者と異なる場合には申請者についても必要。計2つ)

②官公署が発行する書類で、顔写真がついていないもの場合(国民健康保険被保険者証や後期高齢者医療被保険者証、資格確認書など。)

いずれか2つ(申請者が被保険者と異なる場合には申請者についても必要。計4つ)

※事務確認欄	受付日	令和 年 月 日	被保険者： <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )
入力・確認	保険料係	給付・指導係	認定係
			申請者： <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ( )
【備考欄】			