

**申請にあたっての注意事項**

(ご記入の前にご覧ください。)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

**【記入例】**

たつの市長 様  
次のとおり申請します。

※申請者氏名等を記入してください。  
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。

申請年月日	令和8年 4月 1日
申請者氏名	介護 太郎
本人との関係	本人
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。

※再交付を行う被保険者の氏名等を記入してください。

被保険者番号	1 2 3 4 5 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	個人番号	1 2 3 4 5 6 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	昭和20年1月1日
氏名	介護 太郎	住所	〒679-●●●●● たつの市龍野町●● ××-×
住所		電話番号	0791-64-××××

\*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。

※再交付する証明書に○を記入してください。

再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 4 負担割合証 <input type="checkbox"/> 5 その他 ( )
----------	---

※申請の理由に○を記入してください。

申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )
-------	---

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ医療保険情報を記入してください。

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	医療保険被保険者記号番号

※申請者ご本人の確認書類をご持参ください。(写真有1点、写真無2点)

**【市記入欄】**

申請者確認	委任確認	処理
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 同一住所 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 ※委任確認できない場合は郵送。
※写真有1点、写真無2点		