

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 福岡市 区長

次のとおり介護保険被保険者証等の再交付を申請します。
なお、被保険者証等を紛失した場合で、再交付を受けた後に、紛失した被保険者証等を発見した場合は、旧被保険者証等をすみやかに返還します。

申請年月日		年 月 日		※個人番号欄は、*印の証明書等の再交付を申請する場合のみ記入してください。	
被 保 険 者	被保険者番号			個人番号	
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	住 所				
(電話番号)					

※申請者欄は、申請者が本人の場合は記入・押印の必要はありません。
※代理で再交付申請をする場合は委任状が必要です。(同一世帯の親族は除く。)

申 請 者	フリガナ			本人との 関係		
	氏 名				印	
	住 所					
(電話番号)						
提出代行者 氏名(事業所名)						
(電話番号)						

再交付する 証 明 書 等	<input type="checkbox"/> 被保険者証* <input type="checkbox"/> 負担割合証* <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証* <input type="checkbox"/> (特定)負担限度額認定証* <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書	<input type="checkbox"/> 利用者負担助成対象者証(訪問介護) <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額・免除認定証(旧措置) <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額・免除認定証(災害等) <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担減免確認証 <input type="checkbox"/> その他()
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()	

以下は記入しないでください。

受 付 印	個人番号カード提示	有・無	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送			
	個人番号確認書類提示	有・無	代理権の確認			
	個人番号システム確認済	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族			
	身元確認書類		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証			
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 書面()			
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証		<input type="checkbox"/> 認定申請に伴う被保険者証再交付			
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		課長	係長	担当者	受付	
<input type="checkbox"/> 介護保険料決定通知書						
<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証						
<input type="checkbox"/> その他()						

※認定申請に伴う被保険者証再交付受付の場合は、「代理権の確認」は不要です。