

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

小郡市長 あて

下記のとおり、介護保険被保険者証の交付を申請します。

被保険者 (申請者)	フリガナ											被保険者 番号	/	/	0	0							年	月	日								
	氏名											個人番号																					
	生年月日	明	・	大	・	昭	年																			性別	男	・	女				
	住所	〒 -																															
	電話番号	( ) -																															
	健康保険証 ※第2号被保 険者(40~64 歳)のみ記入	医療保険者名																							記号					番号			
申請者が被保険 者以外の場合	氏名											続柄																					
	住所	〒 -																															
	電話番号	( ) -																															
再交付を必要 とするもの	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証																																
再交付を必要 とする理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他( )																																

保険者 確認欄	医療保険確認 (第2号被保 険者のみ)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> システム確認(国保・国保以外)																							
	提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 郵送	代理権 の確認	<input type="checkbox"/> 同一世帯の家族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 官公署等からの書類( ) <input type="checkbox"/> その他( )																					
	個人番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写) <input type="checkbox"/> 通知カード(写) <input type="checkbox"/> システム確認 <input type="checkbox"/> その他確認書類( ) <input type="checkbox"/> 個人番号記載なし																							
	本人確認	<b>【1点確認】</b> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【2点確認】</b> <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )																						受付印	
	処理状況	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送(本人・申請者) <input type="checkbox"/> その他( )																							
	備考																								
受付者( )																									