

介護保険 被保険者証等再交付申請書

介護保険被保険者証などを紛失した際に、再交付を求める手続きです。

<再交付が必要な方> (介護保険の被保険者)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所 (建物名等)		被保険者番号			

※介護保険の第2号被保険者(40歳～64歳)のみ記入

医療保険者名		被保険者証 記号番号	
--------	--	---------------	--

<再交付するもの・理由>

再交付 するもの	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> その他()
理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()

<申請者>

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
上記のとおり申請します。						
フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名	署名	個人番号	— この手続きでは個人番号の記入は不要です —			
		日中連絡先	—	—		
住所 (建物名等)	<input type="checkbox"/> 再交付が必要な方と同じ (記入不要)			続柄	再交付する方から見て	

北見市使用欄

本人確認	来庁者	宛名番号	受付	入力	審査
①番・免・パ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 被保険者本人				
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 他 代理権確認手段	備考 <input type="checkbox"/> 認定申請時			
③ヒア					

受付印