介護保険被保険者証等交付申請書

函南町長　仁科　喜世志　様

次のとおり被保険者証等の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 |  |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 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・押印は記載不要。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  | 性別 | 男　　　女 |
| 被保険者住所 | 　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | １．被保険者証２．資格者証３．受給資格証明書４．負担割合証５．負担限度額認定証６．その他（ |
| 申請理由 | １．紛失・焼失　２．破損・汚損　３．その他（　　　　　　　　） |

２号被保険者（40歳から65歳未満の方）のみ記入願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |

※保険者確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | １．運転免許証　２．住記カード　３．国保被保険者証・後期高齢被保険者証　４．その他（　　　　　） |

確認事項チェック欄【町記入欄】

①番号記載：□あり　□なし　→　そのまま受け取る。その他確認不要。

【確認書類】　※コピーも可

□個人番号カード　□通知カード　□個人番号が記載された住民票の写し

□住民票記載事項証明書　□システム

②提出者： □本人　□家族　□事業所・施設→□法人の契約書・□登記事項証明書

□法定代理人→□登記事項証明書or□戸籍謄本

□使者（　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　）

【対象者本人・代理人確認書類】①また②のどちらか

①□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□パスポート　□身体障害者手帳

　□療育手帳　□精神障害保健福祉手帳　□在留カード　□特別永住者証明書　□住基カード

※①はいずれか一つ

②□国保・後期高齢者医療被保険者証　□高齢受給者証　□健康保険証　□介護保険被保険者証
□介護保険負担割合証　□年金手帳　・年金証書
□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※②は２つ以上

③委任状：□あり　□なし　→なしの場合　□介護被保険者証　□　医療被保険者証
□その他（