

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（ ）

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（ ）