

介護保険 被保険者証等再交付申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

住所 _____

届出人 氏名 _____

電話番号 _____

被保険者との関係 _____

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	〒 _____	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住 所			
	フリガナ		要介護 要支援 認定	あり・なし
	氏 名			
委任欄 ※被保険者以外が手続きする場合は必ずご記入ください。		私は、介護保険被保険者証等再交付の申請を、上記届出人に委任します。 年 月 日 被保険者 氏名 (自署)		
再交付を希望する証 (該当する番号に丸をしてください)		1 被保険者証 2 資格者証 3 負担割合証 4 負担限度額認定証 5 利用者負担額減額・免除認定証 6 受給資格証明書 7 特定負担限度額認定証（旧措置入所者） 8 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者） 9 訪問介護利用者負担額免除認定証 10 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証 11 その他（ ）		
再交付の理由 (該当する理由に丸をしてください)		1 汚損 2 破損 3 紛失 4 その他（ ）		

【受付窓口 記入欄】

受付者	<input type="checkbox"/> 被保険者の本人確認（ <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> マイカ <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身手 <input type="checkbox"/> 在カ <input type="checkbox"/> 委任欄自署または <input type="checkbox"/> 申述書 <input type="checkbox"/> 他 _____)			
	<input type="checkbox"/> 届出人の本人確認（ <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> マイカ <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身手 <input type="checkbox"/> 在カ <input type="checkbox"/> 他 _____)			
	<input type="checkbox"/> 郵送交付 <input type="checkbox"/> 窓口交付（市民センターは資格者証のみ）			
他の申請等状況	<input type="checkbox"/> 同時に要介護・要支援認定の申請あり <input type="checkbox"/> 同時に居宅サービス等計画作成依頼届出あり <input type="checkbox"/> 同時に送付先指定等届出の申請あり			

申請のとおり再交付してよいでしょうか

【介護保険課使用欄】

処理者	確認者	交付方法	課長	主幹	課長補佐	主査	担当
		<input type="checkbox"/> 郵送（普通郵便） <input type="checkbox"/> 郵送（特定記録郵便） <input type="checkbox"/> 窓口交付					

年 月 日

被保険者証等再交付申請代理申述書

被保険者本人が、介護保険の被保険者証等再交付申請書の届出ができないため、代理人
が申請いたします。

本届出により問題が発生した場合には、代理人が責任を持って対処し、貴市に迷惑をか
けないことを申し添えます。

〔被保険者〕

住所

被保険者氏名

〔代理人〕

住所

氏名

被保険者との関係
