第３号様式

介護保険被保険者証等（交付／再交付）申請書

（宛先）座 間 市 長

次のとおり申請します

申請年月日	年　月　日

被保険者	被保険者番号	０００００		
	個人番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

交付（再交付）する証明書	１．被保険者証　　４．負担限度額認定証 ２．資格者証　　５．社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 ３．負担割合証　　６．その他（　　） ※ ３～５についてケアマネジャーが申請し、かつ、即時交付を希望される場合は、別途委任状が必要です。 ※ ４及び５について、この申請書では再交付のみ可能です。交付にあたっては、別途申請が必要です。
再交付の場合の申請理由	１.紛失･焼失　２.破損･汚損　３.その他（　　）

＊２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

申請者本人確認欄	運転免許証　・　介護支援専門員証 医療保険証 及び（　　） その他（　　）	交付（再交付）日	年　月　日

※ この申請について、個人番号を使用しての照会・調査を行うことがあります。

2019.3