第３号様式

**介護保険被保険者証等 　　　　申請書**

**交付**

**再交付**

（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 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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