

介護保険 被保険者証等再交付申請書

年 月 日

申請者	フリガナ									
	氏名		被保険者との続柄							
	住所	〒								
電話番号 ()										
被 保 険 者	フリガナ		被 保 険 者 番 号							
	氏名		個 人 番 号							
	生年月日	年 月 日								
	住所	〒								
電話番号 ()										
再 交 付 証 明 書	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 被保険者証</td> <td style="width: 50%;">4 負担割合証</td> </tr> <tr> <td>2 資格者証</td> <td>5 負担限度額認定証</td> </tr> <tr> <td>3 受給資格証明書</td> <td></td> </tr> </table>				1 被保険者証	4 負担割合証	2 資格者証	5 負担限度額認定証	3 受給資格証明書	
1 被保険者証	4 負担割合証									
2 資格者証	5 負担限度額認定証									
3 受給資格証明書										
申 請 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()									

委 任 状

代理人

住 所（あるいは事業所名）

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、

要介護（要支援）認定申請 介護保険の給付 各種証の再交付	}	委任する事項について をしてください
------------------------------------	---	-----------------------

に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	身元確認	代理権確認	代理人身元確認	
記入あり * 確認した物 通知カード 個人番号カード 住民票の写し等 その他 () システム確認	* 1点確認 運転免許証 個人番号カード その他 () * 2点確認 介護保険被保険者証 健康保険証 負担限度額認定証 負担割合証 その他 ()	* 法定代理人 戸籍謄本等 * 任意代理人 委任状 その他 被保険者証 健康保険証 負担割合証 負担限度額認定証 その他 ()	* 家族申請 運転免許証 個人番号カード その他 () * 事業者申請 介護支援専門員証 包括職員証 運転免許証 その他 ()	確認日
記入なし 職員記入 システム確認				