介護保険 被保険者証等再交付申請書

（宛先）神川町長あて

次のとおり申請します。

申請日	令和　　年　　月　　日

被保険者番号											個人番号	
被保険者	住　所 （住民登録地）											
	フリガナ										生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日
	氏　名										性別	男　・　女

再交付する証の種類	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（　　）
申請の理由	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	

申請代行者 （窓口に来た方）	住　所	□被保険者に同じ		
	氏　名	□被保険者に同じ	続　柄	□ 本人　□ 配偶者 □ 子 / 子の子 □ 介護支援専門員 □ その他（　　）
	電話番号			

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要です。
※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	１ 運転免許証　２ 個人番号カード　３ 介護支援専門員証 ４ 介護保険被保険者証　５ 健康保険証　６ その他（　　）			受付	
受付方法	１ 窓口　２ 郵送	代理権 確　認	１ 同一世帯員　２ 委任状　３ その他（　　）		

お問合せ先　神川町　保険健康課介護年金担当
電話：０４９５-７７-２１１３（直通）