様式第23号（第27条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

（宛先）
枚　方　市　長

次のとおり申請します。

年　　月　　日

※太枠内のみ記入してください。

申請者氏名		被保険者との続柄	
申請者住所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

＊申請者が被保険者本人の場合、上記の申請者住所と電話番号の記載は不要です。

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		個人番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
	住所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		
再交付を希望する証 （該当する番号を○で囲んでください。）		1　被保険者証 2　負担割合証 3　資格者証 4　受給資格証明書 5　介護保険負担限度額認定証 6　介護保険利用者負担額減額・免除認定書 7　（　　）		
再交付の理由 （該当する番号を○で囲んでください。）		1　紛失・消失 2　破損・汚損 3　その他（　　）		

受　領　書

介護保険　被保険者証等再交付申請した書類を

年　　月　　日　受領しました。

受領者氏名

居宅介護支援事業所名・介護保険施設名

身　元　確　認
1　健康保険証 医療保険者番号 医療保険被保険者番号 2　医療証(老人医療)・医療受給者証(老人保健法) 対象者・受給者番号 3　運転免許証 番号　第　　号 4　居宅介護支援事業所・介護保険施設関係者 事業所:□居宅　□施設 職種:□ケアマネージャー　□その他(　　) 5　その他(　　) 6　郵送 発送日　　年　　月　　日

事務処理担当者