## 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 | <del>-</del> | _ |

\*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。

|                                      | フリガナ                  | 被保険者番号               |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|--|--|--|--|--|
|                                      |                       |                      |  |  |  |  |  |
| 被                                    | 氏 名                   | 個 人 番 号              |  |  |  |  |  |
| 保                                    |                       |                      |  |  |  |  |  |
| 険者                                   | 生 年 月 日               | 明・大・昭 年 月 日 性 別 男・女  |  |  |  |  |  |
|                                      | 住 所                   | 〒 −                  |  |  |  |  |  |
|                                      |                       | 電話番号                 |  |  |  |  |  |
|                                      |                       | 1 被保険者証              |  |  |  |  |  |
|                                      |                       | 2 負担割合証              |  |  |  |  |  |
| 再交付を希望する証<br>(該当する番号を○<br>で囲んでください。) |                       | 3 資格者証               |  |  |  |  |  |
|                                      |                       | 4 受給資格証明書            |  |  |  |  |  |
|                                      | □/U C \ /⊆ G V ·。/    | 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 (                  |  |  |  |  |  |
| 再る                                   | で付の理由                 | 1 紛失・消失              |  |  |  |  |  |
|                                      | 亥当する番号を○              | 2 破損・汚損              |  |  |  |  |  |
|                                      | ※ヨする番号を○<br>囲んでください。) | 3 その他( )             |  |  |  |  |  |

## 受 領 書

| ## 月 日 受領しました。  ②領者氏名    日本 日 日 受領しました。   ②領者氏名   | 護保険 被保   | 険者証等再交付申請した書類を   |
|---|----------|------------------|
| 居宅介護支援事業所名・介護保険施設名    1 健康保険証 医療保険者番号 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                                       |          | 年 月 日 受領しました。    |
| 居宅介護支援事業所名・介護保険施設名    対   |          |                  |
|   | <u> </u> | <u> </u>         |
| <ol> <li>健康保険証<br/>医療保険者番号<br/>医療保険被保険者番号</li> <li>医療証(老人医療)・医療受給者証(老人保健法)<br/>対象者・受給者番号</li> <li>運転免許証<br/>番号 第 号</li> <li>4 居宅介護支援事業所・介護保険施設関係者<br/>事業所:□居宅 □施設<br/>職種:□ケアマネージャー □その他( )</li> <li>その他( )</li> <li>6 郵送</li> </ol> | 居宅介護支援   | 曼事業所名·介護保険施設名    |
| <ol> <li>健康保険証<br/>医療保険者番号<br/>医療保険被保険者番号</li> <li>医療証(老人医療)・医療受給者証(老人保健法)<br/>対象者・受給者番号</li> <li>運転免許証<br/>番号 第 号</li> <li>4 居宅介護支援事業所・介護保険施設関係者<br/>事業所:□居宅 □施設<br/>職種:□ケアマネージャー □その他( )</li> <li>その他( )</li> <li>4 郵送</li> </ol> |          | ·                |
| <ol> <li>健康保険証<br/>医療保険者番号<br/>医療保険被保険者番号</li> <li>医療証(老人医療)・医療受給者証(老人保健法)<br/>対象者・受給者番号</li> <li>運転免許証<br/>番号 第 号</li> <li>4 居宅介護支援事業所・介護保険施設関係者<br/>事業所:□居宅 □施設<br/>職種:□ケアマネージャー □その他( )</li> <li>その他( )</li> <li>4 郵送</li> </ol> |          |                  |
| <ul> <li>医療保険者番号</li> <li>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</li> <li>3 運転免許証 番号 第 号</li> <li>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( )</li> <li>5 その他( )</li> <li>6 郵送</li> </ul>                                      |          | 身 元 確 認          |
| 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( )   | 1 健康保    | 医療保険者番号          |
| 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( )  |          |                  |
| 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  |          |                  |
| 職種:□ケアマネージャー □その他( ) 5 その他( ) 6 郵送  | 4 居宅介    | 護支援事業所•介護保険施設関係者 |
| 6 郵送  |          |                  |
|   | 5 その他    | )                |
|   | 6 郵送     | 発送日 年 月 日        |