様式第２３号の２（第７条関係）

**介護保険被保険者証等再交付申請書**

 　東かがわ市長　　　　　　　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　次のとおり申請します。 | 申請年月日 |  　　 年 月 日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 |  〒 電話番号 |

 ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  | 生年月日 | 　　　 年 月 日 |
| 被保険者氏名 |  |
|  　　　　　　住 所 |  〒 電話番号 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証 明 書 | １ 介護保険被保険者証 ２ 資格者証 　３ 受給資格証明書４ 負担限度額認定証 　５ 負担割合証 　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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者等の記号番号 |  |
| 医療保険加入日 |  | 医療保険被保険者等の有効期限 |  | 扶養区分 | 本人・扶養 |

(注意)　１　申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。

　　　　２　第２号被保険者の場合は、加入医療保険の資格確認書又は資格情報のお知らせ等を提示してください。

　　　　３　介護保険被保険者証等を破損または汚損した場合は、その介護保険被保険者証等を添付してください。

　　　　４　介護保険被保険者証等の再交付を受けた後に紛失した介護保険被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した介護保険被保険者証等を返還してください。