

介護保険 被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号	
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	住所	〒		

再交付を必要とする証明書等	<input type="checkbox"/> 被保険者証(住民票住所へ郵送) <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> その他()
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 不達 <input type="checkbox"/> その他()
成年後見制度(被保証の郵送)	<input type="checkbox"/> 成年後見制度による申請につき、被保険者証を申請者「後見・保佐・補助」人の後見登記の住所(法人所在)地へ送付してください。 <small>※被保険者証以外を後見人に郵送する場合は、送付先変更申請書でお願いします。</small>

岡山市長 様

上記のとおり、再交付申請します。

年 月 日

申請者(必須)

被保険者本人	氏名	
後見制度(※) 後見人 保佐人 補助人	住所	
	氏名	

(※)後見制度とは、家庭裁判所の選任により法務局に後見登記された方です。

後見人が法人であって、法人の職員が委任を受けて窓口に来た場合は下段の持参人欄に記入

持参人

本人・後見人等以外の方が申請書を持参する場合、この欄もご記入ください。	住所		
	氏名		
	電話番号	本人との関係	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は以下も記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

処 理 欄	交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口で手渡交付 年 月 日(本人・後見人) <small>(顔写真入り身分証確認済みです)</small> <input type="checkbox"/> 窓口で郵送交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未交付(介護保険課で交付が必要) <input type="checkbox"/> 再交付の際には、認定申請中でないこと、給付制限情報が正しいこと等を確認済み	受付印	受付者印
	添付書類	後見人登記、他()		
	送付先変更	<input type="checkbox"/> 同日で届け出あり		