

介護保険 被保険者証等再交付申請書

海老名市長 様
次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 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	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書等	1 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 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 6 負担割合証
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	医療保険被保険者証記号番号	
--------	---------------	--

海老名市記入欄

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 職権確認
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> その他 ()
代理権	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 任意 ()