

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

保険者名		記号番号	
------	--	------	--

海老名市記入欄

番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ その他（ ） ☐ 職権確認
身元確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証等 ☐ その他（ ）
代理権	☐ 法定 ☐ 任意（ ）