

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																				個人番号																		
	(7桁) 氏名	()																生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
	住所	〒 - (電話番号 - -)																性別	男 ・ 女																				

再交付する 証明書	1 被保険者証	3 受給資格証明書	
	2 資格者証	4 介護保険負担割合証	
申請の理由	5 減額認定証 ()		
	1 紛失	2 破損・汚損	3 その他[]

※ 証の送付先を介護保険施設等または親族宅等にする場合記入してください。

送 付 先	所在地	〒 - (電話番号 - -)	理由	
	氏名		被保険者との続柄	

(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり、被保険者証等の再交付を申請します。

令和 年 月 日

届出人 住所

氏名 被保険者との続柄 ()

(電話番号 - -)

※以下、保険者処理欄

本人 確認	1点で可 (顔写真付)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート			
	2点必要 (顔写真無)	<input type="checkbox"/> 健康保険料 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 税・公共料金等納付書			
届出人確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> CM資格者証			

受付者	委任状	認定申請	被保険者証等 交付		郵送希望	備考
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証	交付者	<input type="checkbox"/>	

記載例

本人による申請で、身分証明書が提示された場合、個人番号の記載が省略できます。

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 0 0 0 0 0 0 0	個人番号																	
	(7桁) 氏 名	(カイゴ タロウ) 介護 太郎											生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日						
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇 (電話番号 △△△△ - △△△ - △△△△) 宇都宮市〇〇〇町 〇〇 番地 〇〇 号																		

再交付する 証 明 書	① 被保険者証	3 受給資格証明書
	2 資格者証	4 介護保険負担割合証
		5 減額認定証 ()
申請の理由	① 紛失 2 破損・汚損 3 その他[]	

※ 証の送付先を介護保険施設等または親族宅等にする場合記入してください。

送 付 先	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 (電話番号〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) 宇都宮市 〇〇町 〇〇 番地 〇〇 号		理 由	自宅には受け取る者が いないため。
	氏 名	特別養護老人ホーム 〇〇〇〇			

送付先を介護保険施設等や親族宅等にするときは記載してください。

(あて先) 宇 都 宮 市 長

上記のとおり、被保険者証等の再交付を申請します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

届出人 住所 宇都宮市〇〇町〇〇-〇〇

氏名 □□ □□

被保険者との続柄 (妻)

(電話番号 000 - 0000 - 0000)

※ 届出人が、被保険者本人、被保険者本人と住民票上同一世帯の親族以外の方は、委任状と身分証明書が必要です。

※以下、保険者処理欄

本 人 確 認	1点で可 (顔写真付)	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> パスポート
	2点必要 (顔写真無)	<input type="checkbox"/> 健康保険料	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 減額認定証	<input type="checkbox"/> 預貯金通帳
届出人確認		<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> CM資格者証	<input type="checkbox"/> その他()

受付者	委任状	認定申請	被保険者証等	交付	郵送希望	備考
〇〇	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証	交付者	<input checked="" type="checkbox"/>	