

**記入見本**

介護保険 被保険者証等再交付申請書

郵送用

品川区長あて

「電話番号」は日中連絡が取れる方の番号をご記入ください。

申請者氏名	品川 太郎	申請年月日	令和〇年 〇月 〇日
申請者住所	〒140-8715 品川区広町2-1-36 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

※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	0		
	フリガナ	シナガワ ハナコ		
	氏名	品川 花子	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 品川区〇〇町〇-〇-〇 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

※被保険者証等の送付先は、被保険者の住所または別途届け出済の送付先です

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 負担限度額認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 4 負担割合証
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・消失      2 破損・汚損      3 その他(      )

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

以下の項目は区事務処理欄です。申請時に記入は必要ありません。

【区事務

被保険者の 本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（写真付き） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他(      )
受付年月日	令和      年      月      日
端末入力	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
担 当	

2023.04改定