

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

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
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	0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号		

※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	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証
申請の理由	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	
--------	--	-------------------	--

【区事務処理欄】

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