

第5号様式

介護保険被保険者証交付申請書兼被保険者証等再交付申請書

日進市長 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		本人との関係	
提出代行者			
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												
	被保険者 氏名											生年 月日	年 月 日
	被保険者 住所	〒 電話番号											

※第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	
--------	--	-------------------	--

※再交付のみ記入

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

[被保険者同意欄]

（被保険者本人やご家族様が申請する場合や、再交付を後日郵送希望の場合は以下の欄の記入不要）

<p>私は、上記の提出代行者が再交付書類を受領することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 私の代理人（氏名 ）</p> <p><input type="checkbox"/> 私と契約済み又は契約予定の居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者</p> <p><input type="checkbox"/> 私と契約済み又は契約予定の介護保険施設</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p style="text-align: right;">被保険者署名 _____</p>
