様式第４号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書  　香南市長　様  　次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | 印 | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | １　被保険者証  ２　資格者証  ３　受給資格証明書  ４　負担割合証  ５　負担限度額証  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | １　紛失・焼失　　　２　破損・汚損　　　３　その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第２号被保険者(４０歳以上６５歳未満の医療保険加入者)のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名 | | |  | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市確認欄 | 番号確認 | □個人番号カード　 □住民基本台帳  （身元確認不要）　□過去作成ファイル  □通知カード  □住民票（番号有）  □その他（　　　　　　　　 　　　　　） | 身元確認 | □運転免許証　　□障害者手帳  □パスポート　　□介護支援専門員証  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 2点  以上 | □公的医療保険の被保険者証  □年金手帳  □その他（　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 代理権確認 | □戸籍謄本　　□登記事項証明書  □委任状  □介護保険被保険者証  □介護保険帳簿（居宅サービス計画届出済）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | 受付者 |  | | 個人番号  記載者 |  |