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 | 令和　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | 　 | 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□マイナンバーカード□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　　□公的医療保険の被保険者証□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 |  |