第5号様式(第2条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)春日井市長

次のとおり被保険者証等の再交付について申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 |  |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | □　被保険者証　　　　　□　負担割合証  　□　資格者証  　□　受給資格証明書  　□　負担限度額認定証 |
| 申請の理由 | □　紛失・焼失　　　　□　破損・汚損　　　　□　その他(　　　　　　　　) |

備考　1　破損又は汚損のときは、その被保険者証等を添えて申請してください。

　　　2　紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに返還してください。

………………………………… ここから下は記入しないでください。………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人確認書類 |  | 受　付 | 入　力 | 被保証  等回収 | 被保証  交　付 | 内　容  確　認 |
| 免許証・医療被保証・通帳  その他（　　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類の確認 | |
| 本人申請でない場合　委任状 | 有 ・ 無 |
| 死亡の場合　戸籍謄本等 | 有 ・ 無 |

第5号様式(第2条関係)

記入例

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先)春日井市長

申請時、申請者の本人確認書類の提示（窓口）または写しの提出（郵送）が必要です。

窓口に来るのが被保険者本人でない場合は、**委任状**の添付が必要です。（委任状がない場合は即日交付できません。）

なお、被保険者がお亡くなりになっている場合は、委任状は不要となりますが、申請者と被保険者の**関係がわかる書類(戸籍謄本など)**の添付が必要です。

次のとおり被保険者証等の再交付について申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 |  |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話番号 | | |

紛失等で番号が分からない場合は空白で結構です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 再交付したいものにチェック☑をしてください。 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

再交付が必要になった理由にチェック☑をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | □　被保険者証　　　　　□　負担割合証  　□　資格者証  　□　受給資格証明書  　□　負担限度額認定証 |
| 申請の理由 | □　紛失・焼失　　　　□　破損・汚損　　　　□　その他(　　　　　　　　) |

備考　1　破損又は汚損のときは、その被保険者証等を添えて申請してください。

　　　2　紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに返還してください。

………………………………… ここから下は記入しないでください。………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人確認書類 |  | 受　付 | 入　力 | 被保証  等回収 | 被保証  交　付 | 内　容  確　認 |
| 免許証・医療被保証・通帳  その他（　　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類の確認 | |
| 本人申請でない場合　委任状 | 有 ・ 無 |
| 死亡の場合　戸籍謄本等 | 有 ・ 無 |