

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
免許証・医療被保証・通帳 その他 ()

受 付	入 力	被保証 等回収	被保証 交 付	内 容 確 認

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

記入例

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

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。

申請者氏名		電話番号
申請者住所	〒	

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ		個人番号	
	被保険者氏名		年月日	
	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。

再交付したいものに
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()

再交付が必要になった
理由にチェック☑をして
ください。

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
免許証・医療被保証・通帳 その他 ()

受 付	入 力	被保証 等回収	被保証 交 付	内 容 確 認

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