

介護保険 被保険者証・負担割合証等 再交付申請書

(提出先)
足立区長

次のとおり申請します。

年 月 日

被 保 険 者	被保険者 番 号		個人 番 号		
	※不明な場合は、記載不要		※不明な場合は、記載不要		
	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				明・大・昭 年 月 日
住 所	〒	—	電話番号	— —	
再交付するもの	1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. その他 ()				
申 請 理 由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. 未着 4. その他 ()				

申請者氏名		被保険者から みた関係	
申請者住所	*申請者が被保険者本人の場合は記載不要 電話番号 — —		

*** 被保険者が40歳から64歳までの方は、下の欄に記入してください。**

医療保険者名		番 号	
医療保険被保険者証記号番号	記 号	番 号	

*居住地確認のため原則として、被保険者証は住民票記載の住所地に郵送します。事情により送付先の変更を希望される場合は、介護保険課に届出が必要です。

*申請者が被保険者本人・同一世帯の親族の場合は、即日交付ができます。(区民事務所を除く)

*即日交付の場合は、下記証明書等で申請者の本人確認をさせていただきます。

*事情により代理人が再交付申請および受領する場合は、被保険者本人または同一世帯の親族の委任状が必要です。下記証明書等で代理人の本人確認をさせていただきます。再交付申請のみの場合は、委任状は必要ありません。

申請者の確認方法 (即日交付の場合)	1. 運転免許証 2. パスポート 3. 在留カード 4. 保険証 (社保・国保・後期高齢・介保) 5. その他 ()				
受 付 場 所	受 付	入 力	端 末 処 理 日	保 険 証	保 険 証 郵 送 日
介護保険課 () 区民事務所 () 福祉事務所			年 月 日	手渡し 郵送	年 月 日