

様式第4号（第8条関係）

| | | | | |
|----|----------|-----|---------|--------|
| 課長 | 主幹(リ-ガ-) | 副担当 | 担当(起案者) | 課員(回覧) |
| | | | | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 交付方法（交付日） | |
| <input type="checkbox"/> 窓口（ 月 日交付） | |
| <input type="checkbox"/> 郵送（ 月 日発送） | |

介護保険 被保険者証等再交付申請書

勝山市長 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 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 被保険者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| | 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 受給資格者証明書 4 負担割合証 | | | |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ） | | | |

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

| | | | |
|-------------|--|-----------------|--|
| 医療保険者氏名 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
| 医療保険資格取得年月日 | | T ・ S ・ H 年 月 日 | |

職 員 確 認 欄

番号確認

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|---|

代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合不要

| | |
|-------|---|
| 法定代理人 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|-------|---|

| | |
|-------|--|
| 委任代理人 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 官公庁から本人に発行された書類 |
|-------|--|

本人確認（代理人）

| | |
|----|--|
| 1点 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身・精・療） <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 2点 | <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| No | |