

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	