

介護保険被保険者証等再交付申請書

半田市長 様

受付印

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0000	申請年月日	令和	年	月	日
	フリガナ		個人番号				
	氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住 所	〒					
		電話番号 () -					

再交付する 証明書等	1. 被 保 険 者 証 2. 負 担 割 合 証 3. 負 担 限 度 額 認 定 証 4. そ の 他 ()
申請の理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()

申請者(被保険者本人の場合は記載の必要はありません) ☐ 本人

氏名		被保険者との関係 (続柄)	
連絡先	☎		

(注) 太枠のところを記入してください。該当するところに○印を付けてください。

受 領 書	
窓口にて上記証明書等を受け取りました。	
年 月 日 受領者氏名	

――以下市記入欄――

番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票等 ☐ オンライン ☐ その他 ()		
身元確認 ☐ 本人 ☐ 代理人	1点確認 (写真付公的書類)	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障がい手帳 ☐ その他 ()	
	2点確認 (上記以外の書類)	☐ 介護被保険者証 ☐ 医療被保険者証 ☐ その他 ()	
代理権確認 (代理人の場合)	☐ 委任状 ☐ 登記簿謄本等 (法定代理人の場合) ☐ その他 ()		確認者

受付者	交付方法	確認事項	担当者記載欄			
	☐ 窓口	☐ 身分確認書類 (コピーをとる) ☐ 委任状	入力	入力確認	発送日	発送確認
	☐ 郵送	☐ 送付先なし (被保険者住所へ郵送) ☐ 送付先あり (送付先へ郵送)			/	