

# 介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

杉並区長 宛

次のとおり申請します。

|       |               |          |          |
|-------|---------------|----------|----------|
|       |               | 申請日      | 令和 年 月 日 |
| 申請者氏名 |               | 被保険者との関係 |          |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号 ( ) |          |          |

※申請者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

|                  |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |
|------------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |
|                  | 個人番号   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |
|                  | フリガナ   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日        |  |  |
|                  | 氏名     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭 年 月 日 |  |  |
|                  | 住所     | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( )    |  |  |

|               |  |
|---------------|--|
| 交付・再交付する証 明 書 | 1 被保険者証<br>2 資格者証<br>3 受給資格証明書<br>4 負担割合証<br>5 負担限度額認定証<br>6 その他 ( ) |
| 申請の理由         | 1 紛失・焼失<br>2 破損・汚損<br>3 その他 ( )                                      |

第2号被保険者（40歳から65歳までの医療保険加入者）のみ記入

|           |    |  |    |  |    |  |
|-----------|----|--|----|--|----|--|
| 医療保険者名    |    |  |    |  |    |  |
| 医療保険被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |

|      |  |     |       |    |        |                                  |
|------|--|-----|-------|----|--------|----------------------------------|
|      |  |     |       | 新  | 窓口・郵送  |                                  |
|      |  |     |       | 旧  | 回収・未回収 |                                  |
| 区記入欄 |  |     | 介護保険課 |    |        | 本人確認                             |
| 受付場所 |  | 受付者 |       | 入力 |        | 点検                               |
|      |  |     |       |    |        | 医療保険証・運転免許証<br>・マイナンバーカード<br>( ) |