

介護保険 被保険者証等再交付申請書

佐世保市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	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・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号												
	フリガナ											生年月日												
	氏 名																							
	住 所	電話番号																						

*個人番号欄は、1、3、4 の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 負担限度額認定証 4 負担割合証 5 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

注 1.紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した被保険者証等を返還してください。
2.本申請に伴う不利益は全て本人及び申請者の責任となります。また、再交付に伴う事故が生じた場合は、当事者で解決してください。

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者 記号番号	
--------	--	------------------	--

※2号被保険者の方は、医療保険の加入が確認できる「資格情報のお知らせ」や「資格確認書」等の写しをご持参ください。

受付	発行	交付		※手渡しの際は、顔写真ありは1つ、顔写真なしは2つ確認すること。	
		郵送	手渡し	本人	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 資格確認書 ☐ その他（ ）
				代理	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 資格確認書 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他（ ）