記載例

**申請者の方の身分証明証（免許証・保険証等）の写しを同封してください。**

**申請者が介護支援専門員等の方は身分証明証・従業者身分証明証の写しと委任状を同封してください。**

介護保険　被保険者証等再交付申請書

一宮町長　様

介護保険証等に記載のある

被保険者番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 令和**○○**年　**〇**月　**〇**日 |
| 申請者氏名 | **一宮　一郎** | 本人との関係 | **長男** |
| 申請者住所 | **〒○○○―○○○○****千葉県長生郡一宮町一宮△△番地** | 　　電話番号　**○○○（○○）○○○○** |

マイナンバーの番号

番号がわからない場合は空欄でも可

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | **0000012345** | 個人番号 | **12345678910** |
| フリガナ | **イチノミヤ　タロウ** |
| 被保険者氏名 | **一宮　　太郎** |
| 生年月日 | **S12.3.4** | 性　　　別 | **男** |
| 住所 | **〒○○○―○○○○****千葉県長生郡一宮町一宮□□番地**　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　**○○○（○○）○○○○** |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | 　１　被保険者証**再交付を希望するものに****〇を付ける。****（複数選択可能）**　２　受給者資格書　３　負担限度額認定証　４　負担割合証 |
| 申請の理由 | 　１　紛失・焼失該当する理由に〇を付ける。その他の場合はカッコ内に理由を記入。　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

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

第２号保険者の場合は健康保険証の写しを同封してください。