

様式第4号(第2条、第9条、第14条関係)

介護保険被保険者証等再交付申請書

(提出先)  
川越市長

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 | 〒<br>電話番号 ( ) |        |       |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所の欄の記入は不要です。

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

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

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、記入してください。

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

<市役所使用欄> ※保険証の取り扱い

|            |   |                              |     |
|------------|---|------------------------------|-----|
| 交付日<br>・ ・ | <input type="checkbox"/> 窓口(確認 免・保・他 )<br><input type="checkbox"/> 郵送(発送日: )<br><input type="checkbox"/> 送付先設定確認<br>※送付先設定がある場合は介護保険課から郵送 | 備考<br>市民センター、連絡所扱<br>CM持参・郵送 | 取扱者 |
|------------|---|------------------------------|-----|