

介護保険被保険者証等再交付申請

記入例

池田市長 様

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

家族およびケアマネジャー等の代理申請可

申請者氏名	池田 ふくまる	続柄	本人
申請者住所	添付資料として申請者の身分証明書のコピーが必要 ※被保険者本人の申請の場合も身分証明書コピー必要		
電話番号			

※申請者が本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	1000 123456	個人番号	
フリガナ	イケダ フクマル	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
被保険者氏名	池田 ふくまる		
住所	〒 563 - 8666 池田市城南1丁目1番1号		
生年月日	大・昭 <input checked="" type="radio"/> ○○年 ○月 ○○日	電話番号	○○○(○○)○○○○
再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2. 資格者証 <input type="checkbox"/> 4. 負担割合証 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()		
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 紛失 焼失 <input type="checkbox"/> 2. 破損 汚損 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()		

再交付を希望する証に○
(複数選択可)

備考	(本人確認)
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <h3>職員記入欄</h3> </div>
	(特記)

※2号被保険者の場合は、医療保険証のコピーが必要

決 裁 欄	
課長	担 当

受領者氏名	池田 ふくまる
-------	---------