

介護保険 被保険者証等交付（再交付）申請書

江戸川区長 殿

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

次のとおり 申請 します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 TEL		

*届出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 保 険 者	被保険者番号	0	0	0									
	個人番号												
	フリガナ											生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名												
	被保険者住所	〒										TEL	

再 交 付	再交付する証明書	1 被保険者証	3 受給資格証明書
	申請理由	2 資格者証	4 負担割合証
		1 紛失・焼失 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		記号番号	
保険者番号			

区 記 入 欄		番号確認	身元確認		代理権確認
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 職権で確認	1点	2点	
			<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 被保険者証 (介護・医療) <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 個人番号提供なし	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 (介護・医療) <input type="checkbox"/> その他 ()				

受付	入力	交付	処理欄
			再交付 2号証交付