介護保険　負担割合証再交付申請書

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	負担割合証
	申請理由	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
			1点	2点	
	□個人番号提供なし	□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ □通知カード □住民票 □職権で確認	□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ □運転免許証 □パスポート □身体障害者手帳 □その他 （　　）	□被保険者証（介護・医療） □負担割合証 □年金手帳 □その他 （　　）	□戸籍謄本 □登記事項証明書 □委任状 □被保険者証（介護・医療） □その他 （　　）

受付	入力	交付	処理欄
			再交付 ２号証交付