

介護保険 被保険者証・負担割合証等 再交付申請書

大磯町長 様

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	〒 電話番号 ()		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

個人番号																				被保険者番号																	
被 保 険 者	フリガナ																																				
	氏 名																		生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日																
																			性 別		男 ・ 女																
	住 所	〒 電話番号 ()																																			

再交付する 証 明 書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 その他 ()
申請の理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他 ()

町記入欄

発行年月日	年 月 日	確認書類	健康保険証・免許証・ ()
-------	-------	------	----------------

被保険者証等の再発行には本人確認書類が必要になります。

本人確認として使用できるものの例

1 次のうちいずれかを提示したもの

運転免許証、運転経歴証明書、旅券（パスポート）、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書、マイナンバーカード（個人番号カード）、その他官公署から発行・発給された書類その他これに類するものであって、写真の表示等（氏名及び生年月日又は住所）の措置が施され、町が適当と認めるもの

2 次のうち2つの物を提示したもの

国民健康保険被保険者証等の公的医療保険の被保険者証、年金手帳、年金証書、恩給証書、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、住民票の写し、官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類（銀行等の通帳、クレジットカード等）であって町が適当と認めるもの