

介護保険 被保険者証等再交付申請書兼被保険者証交付申請書（2号被保険者）

(宛先)府中町長

(被保険者の委任により、)次のとおり申請します。

		受領欄	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名			被保険者との関係	
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

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号							
	氏名			個人番号							
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女						
	住所	〒 _____									
		電話番号 () _____									

再交付申請者のみ記入

再交付する 証明書等	1 被保険者証 2 負担割合証 3 その他()
申請の理由	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		医療保険被保険者証 記号番号	
--------	--	-------------------	--

- ※ 注意
1. 窓口での(再)交付は、本人、同居の親族及びその委託を受けた介護支援専門員に限り行います。
 2. 再交付後に従前の証等が見つかった場合、古い証等は府中町介護保険係へ返還してください。
 3. 2号被保険者が申請をする際は、医療保険被保険者証を提示してください。
 4. 「※ 府中町記入欄」は記入しないでください。

※ 府中町記入欄

発行証等	被保険者証 ・ 資格者証 ・ 受給資格証明書 ・ その他	
発行形態	窓口(申請添付用) ・ 郵送 ・ 認定調査時手交	
確認身分証明書 (被保険者証発行時)	運転免許証 ・ 医療保険被保険者証 ・ 介護支援専門員証 ・ その他()	
	確認者	備考

受 付 印