

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(第2号被保険者)

(宛先)府 中 町 長

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	☐ 本人 ☐ 親族 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他()
申請者住所	連絡先電話番号 - -		

* 被保険者本人による申請の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号															
	氏名		個人番号															
	生年月日	大・昭 年 月 日	電話番号	- -														
	住 所																	

再交付申請者時に記入

再交付する 証明書等	1 被保険者証	2 資格者証
	3 負担割合証	4 その他()
申請の理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 その他()	

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の交付申請時に記入

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. 第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。

※府中町記入欄

発行証等	被保険者証 ・ 資格者証 ・ 負担割合証 ・ その他		
発行形態	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 認定調査時手交		
確認身分証明書 (被保険者証発行時)	マイナンバーカード ・ 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()		

交付		確認	
----	--	----	--

受 付 印