

介護保険被保険者証等 再交付申請書

宝塚市長 宛

下記の通り、申請します。

				個人番号									
申請日		令和		年		月		日					
フリガナ				被保険者番号									
被保険者氏名													
生年月日		大・昭		年		月		日		電話番号			
被保険者住所													

再交付を 申請する書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証(認定申請中の場合) <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他()

※申請者が被保険者本人以外の場合のみ、記入してください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所 被保険者と 同住所の場合 記入不要	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号	

(宝塚市処理欄)

受付印	受付状況	認定	被保険者確認	申請者確認
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 支所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <hr/> 処理 <hr/> <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 介護保険証・健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴証明書) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証・健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴証明書) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> ()