

介護保険被保険者証等 再交付申請書

(あて先) 宝 塚 市 長

次のとおり、申請します。

申 請 者	申請日	令和 年 月 日		
	氏名			続柄
	住所	〒 - 電話番号		

被 保 険 者	個人番号											生年月日	明・大・昭
	被保険者番号												年 月 日
	刀がナ											性別	男 ・ 女
	氏名												
	住所	〒 -										電話番号	
※申請者と同一住所の場合記入不要です。下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 申請者と同一住所である。													

再 交 付 申 請 書 類	1 被保険者証	申 請 理 由	1 紛失
	2 資格者証 (認定申請中の場合)		2 その他 ()

事 務 受 理 日 欄	受 理 日	受付状況	1 窓口	受 付 処 理	決 裁 欄			
			2 郵送		□ 手渡し	課長	係長	係
			3 支所 ()	□ 郵送				
			認定	1 有				
			2 無					
		申請者確認	1 健康保険証	被 保 険 者 確 認	健康保険証			
			2 運転免許証		1 健康保険証	委任状		
			3 その他 ()		2 委任状	その他 ()		