様式第４号（第６条、第１１条関係）

# 介護保険　被保険者証等再交付申請書

（あて先）　下関市長

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です。

| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
|---|---|---|---|---|
| | フリガナ<br>被保険者氏名 | | 生年月日 | 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<br>2　資格者証<br>3　受給資格証明書<br>4　負担割合証<br>5　負担限度額認定証 | 6　利用者負担額減額認定証<br>7　その他（　） |
|---|---|---|
| 申請の理由 | 1　紛失・消失　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 | |
|---|---|---|---|

（※市記入欄）

| 提　出 | □本人　□代理　□使者　□郵送 | | 身元確認（※写真付は1点・写真無しは2点） | □運転免許証　□旅券 |
|---|---|---|---|---|
| 代理権の確認 | □同一世帯の親族　□医療保険証<br>□委任状　□その他（　） | | | □身体障害者手帳　□個人番号カード |
| 個人番号確認 | 個人番号カード提示 | 有　・　無 | | □介護保険被保険者証　□介護保険負担割合証 |
| | 通知カード・住民票提示 | 有　・　無 | | □介護保険負担限度額認定証 |
| | システム確認 | □確認済み | | □健康保険・後期高齢者医療被保険者証 |
| | | | | □介護支援専門員証 |
| | | | | □その他（　） |

| 証　回　収 | 回収年月日<br>・　・ | 交付方法 | □窓口交付<br>（本人・同一世帯・委任状（受領権限））<br>□郵　送（　/　） |
|---|---|---|---|