

**記入例**

介護保険 被保険者証等再交付申請書

本人の場合は記入不要

次のとおり申請します。

申請者氏名	小平 〇〇	申請年月日	令和 〇年 ×月 △日
申請者住所	〒187-〇〇〇〇 小平市〇〇町××丁目△△番〇〇号	本人との関係	子
		電話番号	042-〇×△-〇〇〇〇

\*申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	1 3 0 0 9 8 7 6 5 4	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	フリガナ	コダイラ マルマル	生年月日	昭和 △年 ×月 □日
	被保険者氏名	小平 〇〇		
	住所	〒187-×××× 小平市小川町2-▷▷▷▷	電話番号	042-346-□□□□

再交付する証明書及び該当理由の番号に○をつけて下さい。

- ① 被 保 険 者 証
- 2 負 担 割 合 証
- 3 資 格 者 証
- 4 受 給 資 格 証 明 書
- 5 負 担 限 度 額 認 定 証
- 6 その他( )

マイナンバーを記入しない場合でも申請できますが、記入する場合は「マイナンバー確認書類原本（個人番号（マイナンバー）カード、通知カードなど）」と「被保険者本人の身元確認書類原本（運転免許証または資格確認書など）」を提示してください（郵送の場合はコピー添付）。

申請の理由 ① 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他( )

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

\* 2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

**窓口交付を受けたい場合（高齢者支援課のみ）は、被保険者本人の公的機関から発行された身元確認書類の原本（※）の提示が必要です**（窓口に来られる方がご家族等代理人の場合は、代理人の身元確認書類の原本も必要です）。

※ 個人番号（マイナンバー）カード（※1）、運転免許証、介護保険被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証、資格確認書（※2） など

※1 郵送の場合、マイナンバーは確認できないようマスキング等をしてコピーしてください。

※2 郵送の場合、保険者番号及び被保険者等記号・番号は確認できないようマスキング等をしてコピーしてください。

主管課 処理欄（窓口交付受付時確認書類）	
被保険者：	介護証 割合証 限度額証 マイナンバーカード 運転証 ( )
代理人：	介護証 マイナンバーカード 運転証 ( )