様式第５号（第５条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

　薩摩川内市長　　　　　様

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名  （直筆） |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所  (代理申請の場合のみ記入※) | 〒　　　－  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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | |
| 性別 | | | | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　－  電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証明書等 | □　1　被保険者証　　　　　□　5　利用者負担減免認定証  □　2　資格者証　　　　　　□　6　特定負担限度額認定証  □　3　受給資格証明書　　　□　7　旧措置入所者利用者負担額減免認定証  □　4　負担限度額認定証　　□　8　負担割合証 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の理由 | □紛失・焼失　□破損・汚損　□未着　□その他(　　　　　　　　　　　) |

※　第２号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は、以下も記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加入医療保険 | 保険者名称 |  | | | | | | | | | |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 記号番号 | 記号 | |  | | | | | | 番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市　職　員　記　入　欄 | | |
| 本人 | ①マイナンバーカード　　②運転免許証　　③パスポート　　④医療保険証  ⑤年金手帳　　⑥介護支援専門員資格者証　　⑦他資格証等（事業所のみ）  ⑧その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  |
| 代理人 | ＊本人確認書類及び代理人の身元確認書類を上記から選び左欄に番号を記入。提示できなかった場合は「なし」と記入する。（両方とも「なし」の場合は郵送対応）本人申請の場合は、代理人欄は斜線等を引き番号の記入は行わない。対応した職員は右記担当職員欄にサイン又は押印を行うこと。 | 担当職員 |
|  |  |