

申請者（記入者）の氏名、住所、連絡先及び被保険者との関係を記入してください。なお、申請者が被保険者本人の場合は、この欄は不要です

介護保険被保険者証等再交付申請書

横浜市 中 区 長 年 月 日

申請者氏名	横浜 太郎	本人との関係	夫
申請者住所	横浜市中区本町6丁目50番地の10 Tel 045-111-1111		

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ	ヨコハマ ハナコ		
被保険者氏名	横浜 花子		
生年月日	明・大 昭	20	年 1 月 1
住所	横浜市中区本町6丁目50番地の10 Tel		

被保険者の番号、個人番号、氏名、生年月日及び住所を記入してください。被保険者番号やマイナンバーが不明な場合は空欄にしてください

再交付する証明書	申請の理由 1 紛失 2 焼失 3 汚損 4 破損 5 未着 6 その他		
1 被保険者証 2 受給資格証明書 3 負担限度額認定証 4 利用者負担減免認定証 5 特定負担限度額認定証（旧措置） 6 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置） 7 負担割合証 8 自己負担助成証（在サ・GH・施設居住費）	再交付を申請する理由に丸をつけてください		
	未納保険料	有 ・ 無	

誓約書  
紛失した証明書を発見したときは、直ちに返納し、貴市に負担をかけないようにします。

再交付を希望する証明書に丸をつけてください

横浜 花子

申請書の理由が「1 紛失」の場合、被保険者の氏名を記入してください

\* 第2号被保険者(40歳から64歳までの被保険者)の方のみ記入してください。

医療保険者名		被保険者証記号・番号	
--------	--	------------	--

処 理 欄	課 長	係 長	係 員	決 裁	資格者証交付	入力処理	受 付
				年 月 日起案 年 月 日決裁			

- (注意) 1 申請の理由の1に該当する場合は、誓約書の欄に記名してください。  
2 申請の理由の3及び4に該当する場合は、今までお使いの証明書を添えてください。  
3 虚偽又は不正の届出をすると条例により罰せられることがあります。