

＜介護保険被保険者証等再交付申請書 記入例＞

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、この欄は記入不要です。

被保険者の番号、個人番号、氏名、生年月日、性別、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。

介護保険被保険者証等再交付申請書

横浜市 中 区 区 長

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

*申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名及び電話番号は、記載不要

被保険者番号	0000000000	個人番号	000000000000
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 日	性別	男 ・ 女
住所	横浜市 中 区 本町6丁目50 番地の10 Tel 045-111-1111		

再交付する証明書	申請の理由
<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 3 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 4 利用者負担減免認定証 <input type="checkbox"/> 5 特定負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 6 旧措置入所者利用者負担額減免認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 7 負担割合証 <input type="checkbox"/> 8 自己負担助成証（在サ・GH・施設居住費）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失 2 焼失 3 汚損 4 破損 5 未着 6 その他 未納保険料 有 ・ 無

再交付を申請する理由に丸をつけてください。

誓約書
紛失した証明書は、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。

氏名 横浜 花子

（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
処 課 長 係 長 係 員 決 裁 責	年 月 日 起 案
理 欄	年 月 日 決 裁

申請の理由が「1 紛失」の場合、被保険者の氏名を記入してください。

- (注意) 1 申請の理由の1に該当する場合は、誓約書の欄に署名してください。
 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。