

(あて先) 浜松市長

住 所
申請者
(マンション名・室番号等)
氏 名

被保険者からみた関係

介護保険被保険者証等再交付申請書

介護保険被保険者証等の再交付を受けたいので、介護保険法施行規則第27条第1項・第28条の2第4項・第83条の6第7項・第97条の4において準用する同令第83条の6第7項・第172条の2において準用する同令第83条の6第7項・浜松市介護保険条例施行規則第3条の4第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

被 保 険 者	被保険者番号																			
	個人番号																			
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	被保険者氏名													性 別	男	・	女			
	住 所	浜松市 (マンション名・室番号等) 電話番号 () -																		

注 以下の再交付証のうち2、4、5、6について申請する場合は、個人番号は記入不要です。

再交付証	1 被保険者証	有	認	申
	2 介護保険資格者証			
	3 負担割合証			
	4 受給資格証明書			
	5 介護保険利用者負担額減額・免除認定証			
	6 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)			
	7 介護保険負担限度額認定証			
	8 介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)			
再交付後は下記事項を約束します。				
1 紛失した証明書を発見した時は、速やかに返納します。				
2 紛失した証明書により生ずる事故は、一切私が責任を負います。				
申請の理由	1 紛失・焼失 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)のみ記入してください。

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

確 認 資 料	運転免許証 (No.)・医療保険証 (保険者名) 介保領収証 ・ 介保通知書 ・ その他 ()			
------------	---	--	--	--

処 理 欄	受付	審査	入力	証発行	点検	発行指示	介保課	交付	郵送