様式第４（第７条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

江南市長
次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

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	1　被保険者証 2　資格者証 3　受給資格証明書 4　負担割合証
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

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

※処理欄

□	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード（写真あり） 介護支援専門員証・その他（　　）
		介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・医療保険証・診察券・ その他（　　）　　***※２種類以上必要***
□	個人番号確認	個人番号カード・通知カード・その他（　　）
□	委任	委任状・戸籍・介護保険被保険者証・その他（　　）

受付者（　　）