

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											
	氏名																																						
	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

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	運転免許証・個人番号カード・介護保険支援専門員証・障害者手帳・住基カード(写真あり)・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
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	個人番号カード・通知カード・その他()
<input type="checkbox"/>	委任	委任状・戸籍・介護保険被保険者証・その他()

受付者()