

介護保険被保険者証等交付・再交付申請書

杉並区長 宛

次のとおり申請します。

		申請日	令和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号															
	個人番号															
	フリガナ											生年月日				
	氏名											明・大・昭 年 月 日				
	住所	〒 電話番号 ()														

交付・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 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名						
医療保険被保険者等	記号		番号		枝番	

				新	窓口・郵送		
				旧	回収・未回収		
区記入欄				介護保険課			本人確認
受付場所		受付者		入力		点検	・マイナンバーカード ・運転免許証 ・医療保険証又は資格確認書 ()