

## 介護保険被保険者証等再交付申請書

会津若松市長 あて

被保険者証等の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者との続柄をご記入ください。

窓口に来られる方の氏名をご記入ください。

	申請年月日	令和8年4月1日
申請者氏名	会津 太郎	本人との関係 長 男
申請者住所	〒965-8601 会津若松市東栄町3番46号 電話番号 0242 - 39 - 1111	

被保険者ご本人が申請する場合は記入不要です。

\*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です。

被保険者証などを必要とする方のことです。

	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
フリガナ	アイヅ 一郎																					
氏名	会津 一郎																					
住所	〒965-8601 会津若松市東栄町3番46号 電話番号 0242 - 39 - 1111																					

番号が分からない場合は記入不要です。

必要とする証明書の番号に○をつけてください。

該当する理由の番号に○をつけてください。

再交付する証明書	<input checked="" type="radio"/> 1 被保険者証 <input type="radio"/> 2 負担割合証 <input type="radio"/> 3 資格者証 <input type="radio"/> 4 受給資格証明書 <input type="radio"/> 5 その他 ( )
申請の理由	<input checked="" type="radio"/> 1 紛失・焼失 <input type="radio"/> 2 破損・汚損 <input type="radio"/> 3 その他 ( )

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

被保険者が65歳以上の場合は記入不要です。

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

※ 本人の確認のため被保険者及び届出人の身分証明書が必要になります。

※ 事業者等の職員として委任されている場合は、事業者等の職員である証明（社員証等）をご持参ください。

証返還	※被保険者等確認	端末	作成	郵送	交付
有・無	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 運転免許証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 介護保険証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 医療保険証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 負担割合証（本人・申請人） <input type="checkbox"/> 介護事業所関係（申請人） <input type="checkbox"/> その他（本人・申請人） ( )				<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日