

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 高崎市長

次のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者番号										個人番号		
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 町										
	フリガナ							生年月日	大正	年	月	日
	氏名							性別	男	・	女	

再交付する証の種類	1 被保険者証 2 資格者証 (暫定被保険者証) 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 ()

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	
--------	--	-------------------	--

申請代行者 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 / 子の子 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号		(該当するものに☑)	

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要です。
※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 介護支援専門員証 4 介護保険被保険者証 5 健康保険証 6 その他 ()	受付
受付方法	1 窓口 2 郵送 代理権 確認 1 同一世帯員 2 委任状 3 その他 ()	

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話 : 027-321-1219 (直通)