

介護保険 被保険者証等再交付申請書  
介護保険 負担割合証再交付申請書

明 石 市 長 様  
次のとおり申請します。

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

被保険者番号		* 申請者が被保険者の場合、申請者住所欄は記載不要	
フリガナ		生年月日	大正   ・   昭和 年      月      日 (      ) 歳
被保険者氏名			
住所	〒      —      電話番号（      ）      —		

再交付する 証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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

医療保険内容の変更	有      ・      無	※ 変更「有」の方は、以下も記入してください
-----------	-----------------	------------------------

医療保険者名		医療保険被保険者等記号	
		医療保険被保険者等番号	

<個人番号について>  
個人番号は、番号法(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律)の成立によって、平成28年1月から利用に係る部分が施行されたものですが、本申請書においては個人番号の記載が無いことで不利益を受けることはありません。認知症その他の理由で個人番号が記入できない、あるいは個人番号の記入を希望しない場合は、以下の□欄にチェックを入れて、下記の個人番号欄は空白としても構いません。

☐ 認知症その他の理由で個人番号が記入できない                      ☐ 個人番号の記入を希望しない

【個人番号記入欄】	個人番号 (マイナンバー)																		
-----------	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

明石市記入欄	身分確認書類	交付方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他(      )	
		個人番号 <input type="checkbox"/> 確認

明石市処理欄	入力確認	証交付日	交 付	受 付