

# 介護保険 被保険者証等 再交付 申請書

吹田市長宛

次のとおり

1. 介護保険被保険者証
2. 介護保険負担割合証
3. 介護保険負担限度額認定証
4. 介護保険料額決定（変更）通知書
5. 要介護・要支援認定決定通知書
6. 介護保険料過誤納金還付（充当）通知書
7. その他（ ）

の再交付を申請します。

		申請年月日	令和 3 年 12 月 8 日
申請者	ふりがな	すいた はなこ	
	氏名	吹田 花子	
	住所	※被保険者（本人）が申請する場合は記入不要です。 〒564 - 0072 吹田市出口町19-2 電話番号 06 - 6339 - 1207	
		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 ( 長女 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※申請者が本人・親族以外の場合は、下欄の委任状の記入が必要です。

被保険者（本人）	被保険者番号	0009999999
	ふりがな	すいた たろう
	氏名	吹田 太郎
	生年月日	昭和6年6月6日
	住所	564 - 8550 吹田市泉町1-3-40 電話番号 06 - 6384 - 1343

申請の理由	紛失のため
-------	-------

【委任状】（被保険者本人及び家族以外の申請の場合は記入）	
吹田市長宛	令和 年 月 日
委任者 (被保険者)	氏名 _____
	※本人が自署できない場合は代筆可
私(被保険者)は、上記申請者を代理人と定め、被保険者証等再交付に関する権限を委任します。	

※ 吹田市記入欄（こちらは記入しないでください。）

<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 窓口(即日) <input type="checkbox"/> 郵着	受付	受付者	確認書類	
			<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
			<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 事業所の名刺
			<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他 ( )

上記のとおり、介護保険被保険者証等の再交付申請がありましたので、再交付してよろしいですか。

要介護認定	送付先変更	発行日
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

決裁欄	参事	主幹	主査	係員

備考：