

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	年	月	日
申請者	ふりがな		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 本人		
	氏名			<input type="checkbox"/> 親族 ()		
	住所	※被保険者（本人）が申請する場合は記入不要です。 — 電話番号 — —		<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	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	住所	— 電話番号 — —

申請の理由	
-------	--

【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。）

受付	受付者	確認書類	
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 窓口(即日) <input type="checkbox"/> 郵着		<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 ()

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

備考：