

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	☐ 本人 ☒ 親族 (長女) ☐ 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 氏名
(被保険者)
※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	
☐ 窓口 ☐ 窓口(即日) ☐ 郵着		☐ 運転免許証	☐ 介護支援専門員証
		☐ 健康保険証	☐ 事業所の名刺
		☐ マイナンバーカード	☐ その他（ ）

要介護認定	送付先変更	発行日
☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中	☐ 有 ☐ 無	

備考：