

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

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 <b>吹田市出口町19-2</b> 電話番号 06 - 6339 - 1207	
		<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 ( 長女 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>※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。</small>	

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 <b>吹田市泉町1-3-40</b>	
		電話番号 06 - 6384 - 1343	

申請の理由	<b>紛失のため</b>
-------	--------------

【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)	<u>氏名</u>
※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"/> 資格確認書	<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"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

備考 :