

# 介護保険 被保険者証・負担割合証 再交付申請書

練馬区長 殿

つぎのとおり、再交付を申請します。

< 申請者 >		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	本人、配偶者、親兄弟、子供 その他( )
申請者住所	〒  電話番号		

< 再交付する証 >

被保険者証	<b>負担割合証</b> 過去の年度の負担割合証が必要な場合は、別途、介護保険課へお申し出ください
-------	--

< 被保険者 >

被保険者番号が不明の場合、被保険者番号の記載は不要です。

被保険者番号	
フリガナ	
被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
被保険者住所	〒  電話番号
個人番号	

被保険者住所欄には、住民票上の住所地を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合、被保険者住所・電話番号は記載不要です。

< 申請の理由 >

申請の理由	1 紛失・焼失      2 破損・汚損      3 未着 4 その他( )
-------	--

----- < 業務欄 > -----

本人確認	済・未	端末確認	1 番号記載不可      2 確認書類不足 3 番号記載なし 4 その他( )

申請	交付	備考	
郵送・窓口	郵送・窓口		
処理	確認	処理	確認

介護保険課受付	受 付