

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＞

<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証 <small>※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</small>
--------------------------------	--

＜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					性別	男 ・ 女			
被保険者氏名					生年月日	明・大・昭 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