様式第4号

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

石垣市長　　様

次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号　　―　　― | | |

※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏　名 | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭　　年　月　日 | 性別 | 男　・　女 | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号　　―　　― | | | |

※運転免許証等の書類により本人確認ができる場合は、個人番号の記載不要

| | |
|---|---|
| 再交付する証 | 1　被保険者証　　2　資格者証　　3　受給資格証明書<br>4　負担割合証　　5　負担限度額認定証 |
| 申請の理由 | 1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他(　　) |

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者証<br>記号番号 | |

【保険者確認欄】

| | | |
|---|---|---|
| 本人個人番号 | □個人番号カード（又は写し）　□通知カード（又は写し）<br>□個人番号が記載された住民票（又は写し）　□住基確認<br>□その他（　　） | |
| 申請者・同意者の本人確認 | １点確認 | □個人番号カード　□運転免許証　□障害者手帳<br>□介護支援専門員証　□その他（　　） |
| | ２点確認 | □健康保険者証　□病院の診察券　□離島住民カード<br>□その他（　　） |
| | ※法定代理人・成年後見人の場合　□戸籍謄本　□その他資格を証明する書類 | |