

介護保険被保険者証等再交付申請書

泉佐野市長様

次のとおり申請します。

申請年月日：令和 年 月 日

被保険者	フリガナ	被保険者番号	
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男 ・ 女
住所	〒	電話番号	()

申請者	氏名	被保険者 との続柄
	住所	〒 電話番号

※申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名・住所欄は記入不要

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明
	4 負担限度額認定証 5 負担割合証
申請の理由	6 その他（介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給 事前申請承認 通知書）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

介護保険課記入欄 ※原則として、申請者の本人確認ができない場合は郵送で交付することになります。

交付	1 即日交付 申請者が 被保険者本人・配偶者等の同居親族 もしくは第三者で委任状ありの場合 ⇒ 申請者の身元確認のうえ、窓口で交付
	2 郵送 申請者が 第三者で委任状なしの場合 ⇨ 郵送により交付 発送日： 年 月 日 簡易書留 ・ 普通郵便 で発送（担当者名： ）

※委任状に代えることができるもの…被保険者本人の運転免許証・健康保険証・後期高齢者医療証・その他市が認めたもの

受 付 印

受取確認欄 (即日交付)	氏名	印
-----------------	----	---