課長	係長	係

介護保険　被保険者証等再交付申請書

年　　月　　日

佐野市長　　様

次のとおり再交付願いたく申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名		生年月日	年　月　日
	住　所	〒327- 佐野市　　電話番号		

申請者　（□　本人　　□　代理人） □　代理権確認　（本人以外の場合） （委任状・被保険者証等） □　被保険者の個人番号確認（個人番号カード等写・無） □　申請者の身分証明証　（写真有・写真無【２つ】） （　　）	再交付年月日	郵送日
		処理者

被保険者証等の再交付を受けた後、発見したときは直ちに介護保険課へ返してください。

注意：被保険者証等を紛失した場合は、身分を証明する書類の提示を求める。

被保険者証等を破り又は汚した場合は、その被保険者証を添えて申請する。