介護保険被保険者証等再交付申請書

（あて先）甲府市長

次のとおり再交付申請する。　　申請日　令和　　年　　月　　日

1　申請者

氏　　名		被保険者との関係	
住　　所	電話番号　　（　　）		

2　被保険者

被保険者番号		個人番号	
氏　　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
住　　所			

3　再交付を申請する書類

☐被保険者証　☐資格者証　☐負担割合証
☐認定結果通知書　☐受給資格証明書　☐負担限度額認定証
☐特定負担限度額認定証　☐社会福祉法人利用者負担減免認定証
☐利用者負担額減額・免除認定証　☐訪問介護利用者負担額減額認定証
☐その他の通知書（　　）

4　再交付を申請する理由

☐　紛失　・　焼失　　☐　破損　・　汚損　　☐　その他（　　）

5　第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記号番号	

【誓約事項】

1．紛失等により発生する事故等については、当方で一切の責任を負い、貴市に迷惑をかけません。
2．紛失による再交付の場合、紛失した被保険者証等を発見した時は、直ちに返却します。

【注意事項】

※申請には、**申請者の本人確認書類**が必要です。
（運転免許証、マイナンバーカードなど国もしくは地方公共団体の機関が発行した証明書など）
※破損又は汚損による再交付の場合、破損又は汚損した被保険者証等を返却してください。
※第2号被保険者の介護保険被保険者証の交付申請の場合、**医療保険被保険者証**が必要です。

【市記入欄】

受付	入力	返却