



## 介護保険 被保険者証等再交付 申請書

飯田市長  
次のとおり申請します。

申請年月日                      年   月   日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号					
	フリガナ			生年月日	明・大・昭      年   月   日			
	氏   名			性   別	男   ・   女			
			〒	電 話 番 号				
住   所								

再交付する 証 明 書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他（種類：                                      ）
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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記号番号	
--------	---------------	--

窓口に来た人と被保険者が違う場合のみ下記の欄へご記入下さい。

窓口に来た人の 氏   名		本人との 関   係	
窓口に来た人の 住   所	〒                                      電 話 番 号		

※飯田市記入欄

本人 ・ 代理人	身元 確認	一号書類（1点で可） 個カ・免・パ・在・ カ・身・介専 他（                                      ）	二号書類（2点） 保・介・受給証 年手 他（                                      ）	（左記と組合せ） 学証・社証・ 診 他（                                      ）	聞取り確認事項  	法人の場合 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証	確認者  /
	番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載証明事項			代理 確認	<input type="checkbox"/> 法定（戸・住・成後・他                                      ） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類（                                      ）	