

介護保険被保険者証等再交付申請書

(宛先) 舞鶴市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日		
申請者氏名	舞鶴 太郎	被保険者との関係	長男
※申請者住所	〒625-0080 京都府舞鶴市字北吸1044番地 電話番号 090-XXXX-XXXX		

日中につながる番号（携帯電話等）をご記入ください

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	被保険者番号がわかる場合は記入してください。
	個人番号		
	フリガナ	マイツル ハナコ	生年月日
	氏名	舞鶴 花子	大正・昭和 6 年 6 月 6 日
	住所	〒624-0853 京都府舞鶴市字南田辺1番地 電話番号 0773-77-2253	

被保険者番号がわかる場合は記入してください。

再交付を希望するものに○をつけてください。

再交付する証明書	1 被保険者証 …3つ折りの証です。介護認定申請中は発行できません。
	2 負担割合証 …介護サービス利用の際の負担割合（1割～3割）が書かれたものです
申請の理由	3 資格者証 …介護認定申請中の方へ保険証の代わりに交付する書類です
	4 受給資格証明書 …舞鶴市から転出された介護認定のある方へ交付した書類です
	5 負担限度額認定証 …介護施設入所等の方が食費・居住費の減額を受けるための証です
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

届出人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写しを添付してください。

原則として、被保険者様あて（あらかじめ送付先が登録されている場合はその送付先）に郵送することとなります。送付先についてご希望がある場合は、必要書類をご案内しますので事前にお電話にてご連絡ください。（ご希望に添えない場合もあります）

破損・汚損の場合、可能であれば現物を添付してください。

届出者（加入者）の方の	医療保険被保険者証記号番号	
カード	運転免許証	代理権
険者証(国・後・社/介)		