

介護保険被保険者証等返還不能届・再交付申請書

鹿沼市長 宛

次のとおり申請します。

◆太わくの中を記入してください。		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	本人・
※申請者住所	〒	※電話	()

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ											生年月日	
	被保険者氏名											明治・大正・昭和 年 月 日	
	被保険者住所	〒											電話番号 ()

該当する証明書	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 負担割合証 4. その他 ()
申請理由	1. 紛失 2. 破損・汚損 3. 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		医療保険被保険者番号	
医療保険被保険者番号		医療保険被保険者氏名	

(職員処理欄)

本人確認 (郵送受付のみ コピー添付)	1号(写真あり公的機関証明書) 運転免許証・個人番号カード・旅券・住基 カード写真有・在留カード・身体障害者手 帳・療育手帳・介護支援専門員証	2号(写真なし公的機関証明書) 介護保険証・健康保険証・後期高齢者被 保険者証・共済組合員証・年金手帳・年金 証書・納税通知書・住基カード	3号(主に公的機関以外のもの) 学生証(公立以外写真有)・社員証(法 人写真有)・預金通帳・診察券・クレ ジットカード・キャッシュカード
	<input type="checkbox"/> 1号書類1点確認 <input type="checkbox"/> 2号書類2点確認 <input type="checkbox"/> 2号書類1点+3号書類1点 <input type="checkbox"/> 2項目以上の聞き取り		

<input type="checkbox"/> 後見人登記事項証明書確認	聞き取り項目は余白に記入 ⇒ TASK等で確認
---------------------------------------	-------------------------

市 処 理 欄				
証交付等	<input type="checkbox"/> 窓	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請	受付
	1 被保険者証	2 資格者証	3 負担割合証 4 その他	