

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

木曾広域連合長 様
次のとおり申請します。

①申請される方の情報をご記入ください。

		月日	令和 8 年 1 月 1 日
申請者氏名	広域 次郎	本人との関係	子
申請者住所	〒399-6101 木曾町日義 4 8 9 8 番地 3 7		
	電話番号	0264-23-1050	

②再交付が必要な方の情報をご記入ください。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広域 太郎	生年	
	住所	〒399-6101 木曾町日義 4 8 9 8 番地 3 7		
		電話番号	0264-23-1050	

個人番号(マイナンバー)は、記入不要です。

③必要な証明書等に○をしてください。

再交付する証明書	<input type="checkbox"/> ① 被保険者証 <input type="checkbox"/> ② 資格者証 <input type="checkbox"/> ③ 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> ④ 負担割合証 <input type="checkbox"/> ⑤ その他 (特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認証)
申請の理由	<input type="checkbox"/> ① 紛失・焼失 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	医療保険被保険者記号番号
--------	--------------

(お問合せ先)

木曾広域連合 介護保険係
住 所 399-6101 長野県木曾郡木曾町日義 4 8 9 8 番地 3 7
電話番号 0264-23-1050

----- 木曾広域連合記入欄 -----

交付日	窓口身元確認書類	届出確認				
		課長	課長補佐	係長	係	処理
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()					