



再交付します。			年 月 日	
介護保険事業担当課			保健福祉センター・支所	
課長	係長	係	係長	係

※ 太枠内のみ記入してください。

介護保険被保険者証等再交付申請書

尼 崎 市 長 あて

		申請年月日	年 月 日
申請者	氏名	被保険者との関係	
	住所	電話番号	

- ・申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。
- ・申請者が居宅介護支援事業者等の場合、委任状が必要です。

被保険者番号					個人番号				
被保険者	フリガナ				生年月日	年 月 日	性別	男・女	
	氏名								
	住所						電話番号		
要介護認定の有無		あり ・ なし		同時申請		あり ・ なし			
再交付するもの	1 被保険者証（第1号・第2号） 2 資格者証 3 受給資格証明書								
申請理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 盗難 4 その他（ ）								

交 付 確 認		
代理権確認	申請者確認	番号確認
1. 委任状 2. 登記事項証明書 3. 本人確認書類 保（国・社・後・介）年金・診・ 料・外・通帳・他（ ）	1点確認	個・免・旅・手・ 他（ ）
	2点確認	保（社・国・後・介）年金・ 診・料・外・通帳 他（ ）
		1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票等 4. その他（ ）