

# 記入例

受付

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	令和X年XX月XX日	
申請者	氏名	尼崎 太郎	被保険者との関係	本人
	住所	申請者が被保険者が本人の場合、申請者住所・電話番号の記入不要 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	1 0 0 X X X X X X X	個人番号				
被保険者	フリガナ	アマガサキ タロウ	生年月日	昭和XX年XX月XX日	性別	男 女
	氏名	尼崎 太郎				
	住所	尼崎市西難波町X-X-X		電話番号	06-XXXX-XXXX	
	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	1点確認	個・免・旅・手・他 ( )	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票等 4. その他 ( )
2. 登記事項証明書			
3. 本人確認書類 保(国・社・後・介)年金・診・ キ・ル・通帳・他 ( )	2点確認	保(社・国・後・介)年金・ 診・キ・ル・通帳 他 ( )	

申請者の本人確認書類が必要です。

事業者等が代理申請する場合、被保険者からの委任状が必要です。