介護保険　被保険者証等（再）交付申請書

八王子市長　殿

申請日	令和　　年　　月　　日

介護保険法施行規則第27条第1項、第28条の2第4項、及び八王子市介護保険条例施行規則第2条、第3条の規定に基づき申請します。

被保険者	住 所		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		明 大 昭　年　月　日
	電話番号		
	被保険者証番号	（１０桁）	
	個人番号	（１２桁）	

交付する証明書	☐ 被保険者証　☐ 資格者証　☐ 受給資格証明書 ☐ 負担割合証 ※ 原則として、申請日が適用期間中のものを再交付します。 毎年8月更新のため新しい割合証を7月に郵送しています。 郵送した新しい割合証を紛失した場合のみ、適用期間より前に再交付できます。 （☐更新後の割合証を希望）	申請理由	☐ 紛失　☐ 破損　☐ 汚損 ☐ その他 （　　） ☐ 2号交付

申請者	☐本人（以下記入不要）　☐世帯員　☐代理人（　　）			
	住 所			
	氏 名		電話番号	

以下の欄は２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入（保険証のコピーも添付）

医　療 保険者名		記 号	
		番 号	

以下は、事務処理欄です（記入不要）

被保険者証番号							
☐本人 ☐世帯員 ☐代理人	身元確認	顔写真入り１点確認。 その他２点確認。 ☐個人番号カード(1) ☐運転免許証(1) ☐保険証(2)　☐介護保険証（2） ☐介護支援専門員証(1) ☐その他（　　） ☐提示なし	代理権	☐委任状 ☐その他 （　　） ☐提示なし	個人番号確認	☐個人番号カード ☐通知カード ☐その他 （　　） ☐提示なし	
☐交付（手渡し） ☐郵送（介護課）							
備 考 欄							受付印
担当者		介護社　福課　南口　石川　北野　由井　加住　川口　恩方　元八　館　南大沢　由木東　由木　浅川					
確認①	確認②	介護保険課処理欄					