

介護保険被保険者証再交付申請書

記入例

介護受付	受付No

大分市長 殿
次のとおり介護保険被保険者証の再交付を申請します

個人番号（マイナンバー）
を記入してください。

紛失時で被保険者番号が不明な場合は記載不要です。

被 保 険 者	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	生 年 月 日	明・大・昭 99年 99月 99日
	被保険者番号	0	0	0	0	9	9	9	9	9	9				
	フリガナ	カイゴ タロウ													
	被保険者氏名	介護 太郎													
	被保険者住所	〒870-9999 大分市〇〇町〇番〇号 電話番号(097) 999 - 9999													

申請の理由	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)のみ記入してください。

医療保険者名	〇〇健康保険協会〇〇支部	医療保険被保険者証 記 号 番 号	9999-999
--------	--------------	----------------------	----------

〇〇市、〇〇共済組合、〇〇連合組合などの健康組合などの健康保険の
保険者名を記入してください。
(65歳以上の方は不要です)

申 請	フリガナ	オオイタ ハナコ	申請年月日	令和 年 月 日
	申請者氏名	グループホーム〇〇 大分 花子	本人との関係	施設職員
	申請者住所	〒99-9999 〇〇市〇〇町〇番〇号〇〇ビル1階 電話番号(097) 999 - 9999		

認定申請書の申請者と
同一であること。

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要です。

確 認	入 力	出 力	発 送				