

介護保険被保険者証等再交付申請書

（宛先）沼津市長

次のとおり申請します。

本人又は、同居の家族が原則  
成年後見人等の場合は、裁判所の証  
明書と身分確認書類のコピーを添付

		申請年月日	令和〇年 〇〇月 〇〇日
申請者氏名	沼津 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒 410-8601 沼津市御幸町16-1 電話番号 934-4837		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	提供難
	フリガナ	ヌマヅ タロウ		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	沼津 太郎		性別	男・女
	住所	〒 410-8601 沼津市御幸町16-1 電話番号 934-4837			

※ 被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証・特定負担限度額認定証の再交付申請には、個人番号（マイナンバー）の提供が必要になりますが、提供が困難な場合は、個人番号欄右の提供難に○を付けてください。その場合は、個人番号の確認の為の添付書類等も必要ありません。

再交付する 証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人番号が必要な証明書                             <ol style="list-style-type: none"> <li>被保険者証</li> <li>負担割合証</li> <li>負担限度額認定証</li> <li>特定負担限度額認定証</li> </ol> </li> <li>個人番号が不要な証明書                             <ol style="list-style-type: none"> <li>資格者証</li> <li>受給資格証明書</li> <li>その他（ ）</li> </ol> </li> </ul>		
申請の理由	1 紛失・焼失	2 破損・汚損	3 その他（ ）

第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		被保険者記号番号	
--------	--	----------	--