

第6号様式

介護保険被保険者証再交付申請書

(宛先) 浦安市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者氏名		生年月日	年 月 日
		性別		男 ・ 女
被保険者住所	電話番号			

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書
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歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	

申請に当たっては本人確認書類の提出が必要です。

※申請者と被保険者が異なる場合にはそれぞれ必要です。

また、郵送で申請する場合は写しの添付が必要です。

①官公署が発行する顔写真付き書類の場合（運転免許証やマイナンバーカード、国家資格証など。）

いずれか1つ（申請者が被保険者と異なる場合には申請者についても必要。計2つ）

②官公署が発行する書類で、顔写真がついていないものの場合（国民健康保険被保険者証や後期高齢者医療被保険者証、資格確認書など。）

いずれか2つ（申請者が被保険者と異なる場合には申請者についても必要。計4つ）

※事務確認欄	受付日	令和 年 月 日	被保険者： <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）	
入力・確認	保険料係	給付・指導係	認定係	申請者： <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）
【備考欄】				