

介護保険負担割合証等再交付申請書

(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・電話番号は記入不要です。

| | | | | |
|------------------|--------|------------|------|------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | (任意) |
| | フリガナ | | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 電話番号 _____ | | |

| | |
|----------------|---|
| 再交付する 証 明 書 | 1 負担限度額認定証 2 負担割合証 3 その他 (_____) |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 (_____) |

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 |
| 入力・確認 | 保険料係 | 給付・指導係 | 認定係 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| | | | | 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】 | | | | |