

# 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、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
入力・確認	保険料係	給付・指導係	認定係	□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		
□その他 ( )						
【備考欄】						