

介護保険 被保険者証等再交付申請書

船橋市長 あて

年 月 日

介護保険サービスに必要がありますので、次のとおり申請します。

① 申請者について(被保険者本人でない場合には、下記委任状が必要です)

申請者	フリガナ		被保険者との関係
	氏名		
	住所	※ 被保険者本人が申請する場合には、記入不要です。	
		電話番号 ()	

② 被保険者について

被保険者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生
	住所				
		電話番号 ()			
	個人番号				

※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です。

③ 再交付の対象および申請理由 (該当するものに○をしてください)

1	被保険者証 (みどり)	2	資格者証 (要介護認定申請中の方)
3	負担割合証 (きいろ)	4	負担限度額認定証 (みずいろ)
5	その他 ()		
申請理由	a 紛失・焼失 b 破損・汚損 c その他 ()		

④ 申請者が被保険者本人以外の場合には、下記委任状にご記入ください。

委 任 状	
船橋市長あて	年 月 日
私は、介護保険被保険者証等再交付申請書の提出及び証明書等の受領について、 上記申請者を代理人と認め、その権限を委任します。	
被保険者 住所
(委任者) 氏名

※ 出張所で申請された場合は後日郵送となります (本人あて、または送付先が設定されている場合は送付先)

以下は市職員記載欄ですので、記入の必要はありません。

被保険者番号	出受付	介護受付	送付日 (交付日)	同時処理あり		事後確認
				要介護	居宅届	
備 考						

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

〔本人申請の場合〕

介護保険サービスに必要がありますので、次のとおり申請します。

① 申請者について(被保険者本人でない場合には、下記委任状が必要です)

申請者	フリガナ	フナハシ タロウ	被保険者との関係
	氏名	船橋 太郎	本人
	住所	※ 被保険者本人が申請する場合には、記入不要です。 電話番号 ()	

② 被保険者について

被保険者	フリガナ	フナハシ タロウ
	氏名	船橋 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 10年 1月 1日生
	住所	船橋市湊町2-10-25 電話番号 047 (436) 2303
個人番号		

※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です。

③ 再交付の対象および申請理由 (該当するものに○をしてください)

1	被保険者証 (みどり)	2	資格者証 (要介護認定申請中の方)
3	負担割合証 (きいろ)	4	負担限度額認定証 (みずいろ)
5	その他 ()		
申請理由	a 紛失・焼失 b 破損・汚損 c その他 ()		

④ 申請者が被保険者本人以外の場合には、下記委任状にご記入ください。

委 任 状		
船橋市長あて	年	月 日
私は、介護保険被保険者証等再交付申請書の提出及び証明書等の受領について、上記申請者を代理人と認め、その権限を委任します。		
被保険者 住所	記入不要	
(委任者) 氏名		

※ 出張所で申請された場合は後日郵送となります (本人あて、または送付先が設定されている場合は送付先)

以下は市職員記載欄ですので、記入の必要はありません。

被保険者番号	出受付	介護受付	送付日 (交付日)	同時処理あり		事後確認
				要介護	居宅届	
備考						

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

〔本人以外の申請の場合〕

介護保険サービスに必要がありますので、次のとおり申請します。

① 申請者について(被保険者本人でない場合には、下記委任状が必要です)

申請者	フリガナ	フナハシ イチロウ	被保険者との関係
	氏名	船橋 一郎	長男
	住所	※ 被保険者本人が申請する場合には、記入不要です。 船橋市本町1-3-1 電話番号 047 (436) 2304	

② 被保険者について

被保険者	フリガナ	フナハシ タロウ
	氏名	船橋 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 10年 1月 1日生
	住所	船橋市湊町2-10-25 電話番号 047 (436) 2303
個人番号		

※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です。

③ 再交付の対象および申請理由 (該当するものに○をしてください)

1	被保険者証 (みどり)	2	資格者証 (要介護認定申請中の方)
3	負担割合証 (きいろ)	4	負担限度額認定証 (みずいろ)
5	その他 ()		
申請理由	a 紛失・焼失 b 破損・汚損 c その他 ()		

④ 申請者が被保険者本人以外の場合には、下記委任状にご記入ください。

委 任 状		
船橋市長あて	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
私は、介護保険被保険者証等再交付申請書の提出及び証明書等の受領について、上記申請者を代理人と認め、その権限を委任します。		
被保険者 住所	船橋市湊町2-10-25	
(委任者) 氏名	船橋 太郎	

※ 出張所で申請された場合は後日郵送となります (本人あて、または送付先が設定されている場合は送付先)

以下は市職員記載欄ですので、記入の必要はありません。

被保険者番号	出受付	介護受付	送付日 (交付日)	同時処理あり		事後確認
				要介護	居宅届	
備 考						

記入例

介護保険 被保険者証等再交付申請書

〔成年後見人等申請の場合〕

介護保険サービスに必要がありますので、次のとおり申請します。

① 申請者について(被保険者本人でない場合には、下記委任状が必要です)

申請者	フリガナ		被保険者との関係
	氏名	成年後見人の氏名	成年後見人
	住所	※ 被保険者本人が申請する場合には、記入不要です。 成年後見人の住所 電話番号 047 (436) 2303	

② 被保険者について

被保険者	フリガナ	フナハシ 太郎
	氏名	船橋 太郎
	生年月日	明治・大正・ 昭和 10 年 1 月 1 日生
	住所	船橋市湊町2-10-25 電話番号 ()
	個人番号	

※個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です。

③ 再交付の対象および申請理由 (該当するものに○をしてください)

<input checked="" type="radio"/> 1	被保険者証 (みどり)	2	資格者証 (要介護認定申請中の方)
3	負担割合証 (きいろ)	4	負担限度額認定証 (みずいろ)
5	その他 ()		
申請理由	<input checked="" type="radio"/> a 紛失・焼失 b 破損・汚損 c その他 ()		

④ 申請者が被保険者本人以外の場合には、下記委任状にご記入ください。

委 任 状

船橋市長あて _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、介護保険被保険者証等再交付申請書の提出及び証明書等の受領について、上記申請者を代理人と認め、その権限を委任します。

被保険者 住所 _____
(委任者) 氏名 _____

記入不要

※ 出張所で申請された場合は後日郵送となります (本人あて、または送付先が設定されている場合は送付先)

以下は市職員記載欄ですので、記入の必要はありません。

被保険者番号	出受付	介護受付	送付日 (交付日)	同時処理あり		事後確認
				要介護	居宅届	
備考						