様式第４号（第２条関係）

介護保険　被保険者証等再交付申請書

下呂市長　様
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	
	氏名		個人番号	
			生年月日	年　月　日
			性別	男　・　女
	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 4　負担割合証 5　その他
申請の理由	1　紛失･焼失　　2　破損･汚損　　3　その他（　　）

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	

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し ・住民票記載事項証明書 ☐ その他 （　　）	１点確認	☐ 個人番号カード　☐ 運転免許証　☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳・療育手帳　☐ 精神福祉手帳（写真付き） ☐ その他（　　）
	２点確認	☐ 各保検証（　　）　☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ その他（　　）
代理権確認	☐ 戸籍謄本等　☐ 委任状　☐ その他（　　）	

（ 市確認者　　）