記入例

申請する申請者様の
住所・氏名・電話番号・本人との関係
（例：子）を記入してください。
申請者が被保険者様本人の場合は、
氏名のみの記入で結構です。

介護保険被保険者証等（再）交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者
住 所　〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号　〇〇マンション〇〇〇号
氏 名　□□　□□　　本人との関係　〇〇

電話番号（ 〇〇〇〇 － 〇〇〇〇 ）
＊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

被保険者様の　被保険者番号・氏名・
生年月日・性別・ 住所・電話番号を
ご記入ください。

交付を申請します。
きは直ちに返納し、不正使用等のないことを誓います。

被保険者番号	00XXXXXXXX	生年月日	明・大（昭）　〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号 （2号申請者）
被保険者氏名	〇〇　〇〇	性別	（男）・女	医療保険者名 －
住　所	電話番号（ 〇〇〇〇 － 〇〇〇〇 ） 大阪市東淀川区〇〇　□丁目□－□□　〇〇ハイツ〇〇〇号			医療保険被保険者記号番号 －

再発行する証に〇をしてください。

※認定申請中の方は、
「被保険者証」ではなく
「資格者証」を発行します。

（再交付申請）

再交付する証明書	（1）被保険者証	4 負担限度額認定証	再交付申請の理由	1 破損　2 汚損
	2 資格者証	5 利用者負担額減免認定証		（3）紛失　4 盗難
	3 受給資格証明書	6 その他（　　）		5 焼失　6 その他

再発行理由に〇をしてください。

ご注意　再交付の申請をされる場合は、保険料決定通知書等本人であることを確認できるものを提示してください。
提示のないときは、後日送付となります。

受領者氏名　□□　□□

受領者(受け取る方)の氏名を記入してください。

被保険者本人、同世帯の親族、委任状による代理人 が申請できます。

申請者本人であることが確認できれば、窓口で直接お渡しできます。
本人確認資料（運転免許証や保険証など）をご持参、ご提示ください。

★記入上の注意
1. 記入は黒ボールペンで正確に記入してください。
2. 代理人の方が届出される場合は、あわせて委任状の提出が必要です。