

介護保険 被保険者証等再交付申請書

津山市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日
提出者	氏名または 事業者名			続柄	
	住所	〒 電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号							個人番号						
	フリガナ	-----						生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	被保険者氏名							性別	男 ・ 女					
	住所	〒						電話番号						

再 交 付 す る 証	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 介護保険負担割合証 5 介護保険負担限度額認定証 6 訪問介護利用者負担額減額認定証 7 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 8 介護保険利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者） 9 介護保険特定負担限度額認定証（旧措置入所者） 10 その他（ ）
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ） <small>※紛失した被保険者証を発見したときは、ただちに返還してください。</small>

（注意） 再交付した被保険者証等は、原則郵送となります。

窓口での交付を希望する場合は、「介護保険被保険者証等窓口受領（代理受領）申請書」及び受領人の身分証明書の提示が必要となります。

津 山 市 確 認 欄			
受 付 場 所	受 付	入 力	交 付
<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 勝北支所 <input type="checkbox"/> 加茂支所 <input type="checkbox"/> 久米支所 <input type="checkbox"/> 阿波出張所			<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口