

介護保険 被保険者証等再交付申請書

葛 城 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	被保険者番号										
	フリガナ										
	被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	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 減額認定書 () 5 負担割合証
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	
--------	--	---------------	--

【A】 介護保険 被保険者証の再交付

窓口
交付

〔1〕本人または成年後見人または同世帯の家族が来庁し、必要書類を持参している。 ※世帯分離をしている場合は、〔2〕を参照してください。

・必要書類

① 来庁者の本人確認書類

〔 免許証、個人番号カード、パスポート、外国人登録
証、身体障害者手帳など 〕

② 来庁者の認め印

③ 登記事項証明書等(来庁者が成年後見人の場合のみ)

窓口
交付

〔2〕上記の〔1〕以外の者が来庁し、必要書類を持参している。

・必要書類

① 来庁者の本人確認書類

〔 免許証、個人番号カード、パスポート、外国人登録
証、身体障害者手帳など 〕

② 来庁者の認め印

③ 本人の委任状 または 委任状の代わりとなるもの(※)

※ 本人の健康保険証など

郵送
交付

〔3〕上記の〔1〕〔2〕に当てはまらない場合

申請の手続きは行えますが、被保険者証は郵送で交付します。

【B】 介護保険 負担割合証・負担限度額認定証の再交付

窓口
交付

〔1〕介護保険 被保険者証を持参している。

申請書に記入・押印のうえ、介護保険課へ提出してください。

〔2〕介護保険 被保険者証を持参していない。

【A】と同じ取り扱いとなります。

○お問い合わせ先

葛城市役所 介護保険課

0745-44-5104(ダイヤルイン) 受付時間 8:30~17:15