

記入見本

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(申請先) 茨木市長

次のとおり申請します。

申請日を記入

		申請年月日	●年 ●月 ●日
申請者氏名	茨木 太郎		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・電話番号は省略可			

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	フリガナ	イバラキ タロウ		
	被保険者氏名	茨木 太郎	生 年 月 日	●年 ●月 ●日
	住民票上の住所	〒 567-8505 茨木市駅前三丁目8番13号		
	現住所	〒		
		該当に○を記入		
		電話番号		

再交付する 証明書	① 被保険者証	(新・旧) について 7月に対象者へ「8月1日～翌年7月末」 期限の 新証 が発送されます。この時期 は、 新証 とそれ以前の 旧証 の2枚を所 持することになります。 新証 を再交付希望の場合は(新)に、 それ以前の 旧証 を希望の場合は(旧) に○を記入
	2 資格者証	
3 負担割合証 (新・旧)		
4 負担限度額認定証 (新・旧)		
申請の理由	① 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他()	

◆市記入欄(こちらは記入しないでください)

(申請者)
マイナンバーカード・運転免許証・その他()
(被保険者)
マイナンバーカード・運転免許証・その他()

確認	確認

受付印	
/ 発行	

受付者: