

介護保険 被保険者証等再交付申請書

沖縄県介護保険広域連合長 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		個人番号			
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 被保険者証</td> <td style="width: 50%;">7 利用者負担額減額・免除認定証（災害等）</td> </tr> <tr> <td>2 資格者証</td> <td>8 訪問介護利用者等負担額減額対象認定証</td> </tr> <tr> <td>3 受給資格証明書</td> <td>9 特定負担限度額認定証（旧措置）</td> </tr> <tr> <td>4 負担割合証</td> <td>10 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置）</td> </tr> <tr> <td>5 負担限度額認定証</td> <td>11 離島等地域特別地域加算訪問介護利用者負担額減額対象確認証</td> </tr> <tr> <td>6 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証</td> <td></td> </tr> </table>	1 被保険者証	7 利用者負担額減額・免除認定証（災害等）	2 資格者証	8 訪問介護利用者等負担額減額対象認定証	3 受給資格証明書	9 特定負担限度額認定証（旧措置）	4 負担割合証	10 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置）	5 負担限度額認定証	11 離島等地域特別地域加算訪問介護利用者負担額減額対象確認証	6 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証	
1 被保険者証	7 利用者負担額減額・免除認定証（災害等）												
2 資格者証	8 訪問介護利用者等負担額減額対象認定証												
3 受給資格証明書	9 特定負担限度額認定証（旧措置）												
4 負担割合証	10 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置）												
5 負担限度額認定証	11 離島等地域特別地域加算訪問介護利用者負担額減額対象確認証												
6 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証													
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
--------	---------------

担 当 者 印	申請内容確認	
	市町村	広 域

市町村（広域）決裁欄				
主 務	課（所）内合議	係 長	課 長	
				起案 . .
				決裁 . .
				施行 . .