

介護保険

再 交 付 申 請 書

(あて先) 仙台市区長

※太わくの中をご記入ください

届 出  
年月日

年 月 日

被 保 険 者	フリガナ																							
	氏 名																							
	住 所	電話番号 ( )																						
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日																			
	被 保 険 者 証 番 号																							
	個人番号											※1. 被保険者証と 6. 負担割合証の場合記入してください												
再 交 付 する 証 書 等	1. 被保険者証			2. 資格者証			3. 受給資格証明書			4. 負担限度額認定証			5. 特定負担限度額認定証			6. 負担割合証			7. その他 ( )					
申 請 理 由	1. 家の中で紛失			2. 汚 (破) 損			3. 焼 失			4. 外出中に紛失 (交番届出済・			署)			5. 盗 難 (交番届出済・			署)			6. そ の 他 ( )		
上記理由の生じた年月日 ( 年 月 日 )																								

窓 口 に 来 ら れ た 方	<input type="checkbox"/> 本人	代理人氏名	被保険者との関係
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人住所	電話番号 ( )

※家族以外の代理の方が申請を行う場合は委任状が必要です。

※家族であっても、個人番号の記載された当該申請を行う場合は、被保険者本人の介護保険被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

処 理 欄	
受 付 年 月 日	. . .
資 格 取 得 年 月 日	. . .
発 行 区 分	<input type="checkbox"/> 即日 (確認 ) <input type="checkbox"/> 郵送 ( . . . )
旧被保険者証回収	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 回収不能
備 考	<input type="checkbox"/> 番号確認 (個人番号カード・通知カード・住民票) <input type="checkbox"/> 身元確認 (運転免許証・被保険者証・その他)

決 裁 欄		
課 長	係 長	係 員

収	
受	