

## 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%; vertical-align: top;">                     1 被保険者証                      2 資格者証                      3 受給資格証明書                      4 負担割合証                      5 負担限度額認定証                      6 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                     7 利用者負担額減額・免除認定証（災害等）                      8 訪問介護利用者等負担額減額対象認定証                      9 特定負担限度額認定証（旧措置）                      10 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置）                      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> </table>	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証	7 利用者負担額減額・免除認定証（災害等） 8 訪問介護利用者等負担額減額対象認定証 9 特定負担限度額認定証（旧措置） 10 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置） 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
1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認証	7 利用者負担額減額・免除認定証（災害等） 8 訪問介護利用者等負担額減額対象認定証 9 特定負担限度額認定証（旧措置） 10 利用者負担額減額・免除認定証（旧措置） 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		
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    .    .