

様式第4 (第5条関係)

## 介護保険被保険者証等再交付申請書

鹿児島市長 殿

次のとおり申請します。

	申 請 年 月 日	令 和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係
申請者住所	〒	
	電話番号	— —

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所の欄の記入は不要です。

※代理で再交付申請をする場合は委任状が必要です。(同一世帯の親族は除く。)

被 保 険 者	被保険者番号											※個人番号欄は*の再交付を申請する場合のみ記入してください。	
	個人番号												
	フリガナ												
	被保険者氏名						生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	住所	〒											
		電話番号										— —	

再交付する 証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証* <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証* <input type="checkbox"/> その他( )
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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	
--------	--	-------------------	--

鹿児島市処理欄 (申請者が記載する必要はありません)

受付	照合		<input type="checkbox"/> 本人 ( <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> オンライン ) <input type="checkbox"/> 代理人 ( <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> オンライン ) <small>→代理権 確認</small>	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード* <input type="checkbox"/> 通知カード* <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 提示が困難 ( )	本人または代理人の身元確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( )	1 点
<input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済			<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等( )	<input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 提示が困難 ( )	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他( )	2 点
			<input type="checkbox"/> 使者			

<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/> 証回収年月日 ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/> 認定申請に伴う被保険者証再交付
---	---	--

# 委任状

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

私の介護保険被保険者証等の再交付申請及び受領について、下記の代理人に委任します。

## <代理人> (窓口へ来られる方)

住所

---

氏名

---

生年月日 明治・大正 年 月 日  
昭和・平成

---

## <被保険者> (委任される方)

住所

---

氏名

---

印

※自署以外の場合は押印が必要です

生年月日 明治・大正 年 月 日  
昭和・平成

---

※代理人が窓口へ来られる際は、代理人の本人確認ができるもの（運転免許証等）をご持参ください。