



介護保険 負担割合証 再交付申請書

新宿区長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日		令和	年	月	日
被保険者番号		0	0	0	
被保険者	フリガナ				
	氏名	生年月日			明・大・昭 年 月 日
	住所	連絡先電話番号 ()			
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 (証の返還ができる場合) <input type="checkbox"/> その他 ()				

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者欄の記載は不要です。

申請者	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他()
	住所	連絡先電話番号 ()	

-----個人番号記載欄 (※申請の際に被保険者番号を記載する場合には、記載は不要です。)-----

被保険者の個人番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ただし、申請者が被保険者の世帯員であって、代理権の授与が困難等の事情がある場合、記載は不要です。
また、個人番号が不明等の理由により記載が困難な場合は、区職員が職権で確認・記載します。

-----職員事務処理用 (以下、申請者は記入不要です。) -----

事務処理欄	申請者確認欄 (代理権確認欄)				
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人		<input type="checkbox"/> 世帯員 (※代理権確認の省略が可能)		
	被保険者本人申請時 被保険者身元確認書類		代理人 { <input type="checkbox"/> 被保険者の身元確認書類 (1点) 代理権確認は <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書等		
	写真付き [1点] <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許 (経歴) 証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者等手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		写真付き [1点] <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許 (経歴) 証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	写真なし [2点] <input type="checkbox"/> 保険証等 (負担割合証・健康保険 (限度額) 証等) <input type="checkbox"/> 氏名住所記載の公的通知類 <input type="checkbox"/> その他 ()		写真なし [2点] <input type="checkbox"/> 保険証等 (介護被保険者証・健康保険証等) <input type="checkbox"/> 氏名住所記載の公的通知類 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	個人番号記載	被保険者番号の記載が <u>ある</u>	<input type="checkbox"/> 個人番号記載不要		
		被保険者番号の記載が <u>ない</u>	<input type="checkbox"/> 個人番号記載あり <input type="checkbox"/> 不明等により未記載 (介護保険課 職権確認・記入)		
受付課・所名	受付者	発行状況	発行者	発行月日	
介護保険課		<input type="checkbox"/> 受付窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送交付 (介護保険課扱)	<input type="checkbox"/> 受付者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 収受 (受付) 日 <input type="checkbox"/> 郵送日 (月 日) (郵送日は介護保険課にて記入)	

世帯員でも持っている場合はチェック