第９号様式（第69条関係）

記入例

介護保険　負担割合証　再交付申請書

被保険者本人による申請の場合
※ 申請には身元確認書類の提示等が必要です。
（ 郵送による申請の場合は、コピーを添付してください ）

新宿区長　宛て

次のとおり申請します。

申請年月日		令和　〇　年　4　月　1　日		
被保険者番号		0 0 0 1 2 3 4 5 6 7		
被保険者	フリガナ	シンジュク　タロウ	生年月日	明・大・昭 28 年 12 月 25 日
	氏　名	新宿　太郎		
	住　所	新宿区歌舞伎町一丁目４番１号 ハイツ213号 連絡先電話番号　03　（ 5273 ）4597		
申請の理由		☑ 紛失・焼失　☐ 破損・汚損（ 証の返還ができる場合 ） ☐ その他（　　）		

※ 被保険者本人が申請する場合には、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	☐世帯員 ☐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。

申請の際には、身元確認書類(運転免許証・健康保険証　等)をご提示ください。

被保険者番号を記載する場合は、個人番号(マイナンバー)の記載は不要です。

なお、郵送による申請は、身元確認書類のコピーを同封してください。

（ 窓口での申請は、コピーを提示しても取り扱えません。）

処理欄					
個人番号記載	被保険者番号の記載が ある →	☐個人番号記載不要			
	被保険者番号の記載が ない →	☐ 個人番号記載あり　☐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		☐受付窓口交付 ☐郵送交付 （介護保険課扱）	☐受付者 ☐その他 （　　）	☐収受（受付）日 ☐郵送日（　　月　　日） （郵送日は介護保険課にて記入）	

申請書郵送者（　　）　郵送日（令和　　年　　月　　日）