

介護保険被保険者証等 再交付申請書

(宛先) 高槻市長

以下のとおり、再交付を申請します。

なお、紛失した証を発見した場合は、すみやかに高槻市に返却します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請日	令和	年	月	日	
	ふりがな		個人番号					
	氏名		生年月日	明・大・昭		年	月 日	
	住所							電話番号 ()
	再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失・消失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	必要な証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()						

※申請者が本人以外の場合は、次に記入してください。

申 請 者	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	●申請者がケアマネジャーの場合は、事業所名についても記載してください。		
		電話番号 ()		

【委任状】 (申請者が本人、家族、成年後見人以外の場合は記入)

(宛先) 高槻市長 令和 年 月 日

私(被保険者)は、上記の申請者(氏名) _____ を代理人に定め、下記の権限を委任します。

委任事項 ※該当するものに をしてください。

介護保険被保険者証の再交付 【 申請及び申請書の提出 証の受取り】
 介護保険負担割合証の再交付 【 申請及び申請書の提出 証の受取り】
 介護保険負担限度額認定証の再交付 【 申請及び申請書の提出 証の受取り】

委任者(被保険者) 氏名 _____ 印 (署名の場合は押印不要)

必要書類

- ・ 必須：申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）
 ※郵送の場合は写しを提出してください
- ・ 申請者が成年後見人の場合は、登記事項証明書の写しを添付してください
- ・ 郵送での申請にて介護保険被保険者証等の受領について委任する場合は、送付先を記載した返信用封筒を同封してください。

(市記入欄)

受 付 日	<処理欄> <input type="checkbox"/> 年 月 日申請者に交付済 <input type="checkbox"/> 年 月 日郵送(送付先変更 有・無) <input type="checkbox"/> 認定申請中のため介護保険被保険者証は発行しない	受付者
	<申請者の本人確認書類> <input type="checkbox"/> 健康保険証(資格確認書) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<委任状確認(本人、家族、成年後見人以外の場合)> <input type="checkbox"/> 記載あり	

令和 年 月 日
 介護保険(被保険者証・負担割合証・負担限度額証)を受領しました
 氏名 _____