

# 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																								
	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、資格確認書等)

※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

(市記入欄)

受 付 日	<処理欄>	受付者
	<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	
	<申請者の本人確認書類>	
	<input type="checkbox"/> 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