

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 高崎市長

次のとおり申請します。

記入例 1
来庁者: 本人

申請日 令和 ○ 年 ○○月 ○○日

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号					
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地														
	フリガナ	グンマ							生年月日	大正	12	年	3	月	4	日
	氏名	群馬 みさと							性別	男	・	女				

再交付する証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 資格者証 (暫定被保険者証) 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
--------	--	-------------------	--

申請代行者 (窓口に来た方)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 / 子の子 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号	027 - 378 - 9012		(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要です。
※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 介護支援専門員証 4 介護保険被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 5 健康保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他 (預金通帳)	受付 本人確認 をした 職員名
受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1 窓口 2 郵送 代理権 確認 1 同一世帯員 2 委任状 3 その他 ()	

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話 : 027-321-1219 (直通)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 高崎市長

次のとおり申請します。

記入例 2
来庁者: 同一世帯員

申請日 令和 〇 年 〇〇月 〇〇日

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号					
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地														
	フリガナ	グンマ							生年月日	大正	12	年	3	月	4	日
	氏名	群馬 みさと							性別	男	・	女				

再交付する証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 資格者証 (暫定被保険者証) 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
--------	--	-------------------	--

申請代行者 (窓口に来た方)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 群馬 太郎	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 / 子の子 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号	027 - 378 - 9012		(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要です。
※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 介護支援専門員証 4 介護保険被保険者証 <input checked="" type="checkbox"/> 5 健康保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 6 その他 (年金手帳)	受付 本人確認 をした 職員名
受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1 窓口 2 郵送 代理権 確認 <input checked="" type="checkbox"/> 1 同一世帯員 2 委任状 3 その他 ()	

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話 : 027-321-1219 (直通)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 高崎市長

次のとおり申請します。

記入例 3
来庁者: ケアマネ

申請日 令和 ○ 年 ○○月 ○○日

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号						
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地															
	フリガナ	グンマ								生年月日	大正	12	年	3	月	4	日
	氏名	群馬 みさと								性別	男	・	女				

再交付する証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 資格者証 (暫定被保険者証) 3 受給資格証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
--------	-------------------

申請代行者 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 高崎市箕郷町西明屋702番地4 特別養護老人ホーム〇〇		
	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 高松 新	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 / 子の子 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号	027 - 371 - 5678		

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
 ※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要で
 ※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください。

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1 運転免許証 2 個人番号カード <input checked="" type="checkbox"/> 3 介護支援専門員証	4 介護保険被保険者証 5 健康保険証 6 その他 ()
受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1 窓口 2 郵送	代理権 確認 1 同一世帯員 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委任状 3 その他

①委任状
②介護支援専門員証
が必要

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話: 027-321-1219 (直通)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 高崎市長

次のとおり申請します。

記入例 4
来庁者: あんしんセンター

申請日	令和 ○ 年 ○○月 ○○日
-----	----------------

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地	
	フリガナ	グンマ	生年月日 大正 12 年 3 月 4 日 昭和
	氏名	群馬 みさと	性別 男 ・ 女

再交付する証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 資格者証 (暫定被保険者証) 3 受給資格証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
--------	-------------------

申請代行者 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 高崎市高松町○○番地○ あんしんセンター○○	
	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 足門 花子	続柄 (該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 / 子の子 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (あんしんセンター職員)
	電話番号	027 - 321 - 5678	

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
 ※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要です。
 ※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	<input checked="" type="checkbox"/> 1 運転免許証	2 個人番号カード	3 介護支援専門員証
	4 介護保険被保険者証	5 健康保険証	<input checked="" type="checkbox"/> 6 その他 (名札)
受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1 窓口 2 郵送	代理権 確認	1 同一世帯員 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委任状

① 委任状
 ② 名札 or 名刺 or 職員証
 ③ 顔写真付き身分証明書
 が必要。

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
 電話 : 027-321-1219 (直通)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 高崎市長

次のとおり申請します。

記入例 5
来庁者: 成年後見人

申請日	令和 〇 年 〇〇月 〇〇日
-----	----------------

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号		
被保険者	住所 (住民登録地)	高崎市 倉渕 町 三ノ倉 303番地		
	フリガナ	グンマ	生年月日	大正 12年 3月 4日 昭和
	氏名	群馬 みさと	性別	男 ・ 女

再交付する証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 2 資格者証 (暫定被保険者証) 3 受給資格証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号番号
--------	-------------------

申請代行者 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 高崎市 新町 3152番地1 〇〇法律事務所		
	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ 高松 太郎	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 / 子の子 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (成年後見人)
	電話番号	027 - 321 - 5678	(該当するものに☑)	

※この申請書と共に、申請代行者の本人確認書類を必ず提示してください。
※同一世帯員以外の方が申請する場合、窓口交付を受けるためには委任状が必要となります。
※郵送で申請する場合、本人確認書類の写しを添付してください。

①本人確認書類
②登記事項証明書
が必要

介護保険課チェック欄

申請代行者 本人確認	1 運転免許証 2 個人番号カード 3 介護支援専門員証 4 介護保険被保険者証 5 健康保険証 6 その他 (弁護士会員証)		
受付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1 窓口 2 郵送 代理権確認	1 同一世帯員 2 委任状 3 その他 (登記事項証明書)	職員名

担当	係長	課長

問合せ先 高崎市役所福祉部 介護保険課介護保険料担当
電話 : 027-321-1219 (直通)