

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。

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

被保険者番号											個人番号	
被保険者	住 所 (住民登録地)	高崎市 町										
	フリガナ										生年月日	大正 年 月 日 昭和
	氏 名										性別	男 ・ 女

再交付する 証の種類	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	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	☐ 被保険者に同じ		
	氏 名	☐ 被保険者に同じ	続 柄 (該当するものに☑)	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 / 子の子 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他 ()
	電話番号			

※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 4 介護保険被保険者証	2 個人番号カード 5 健康保険証	3 介護支援専門員証 6 その他 ()	受付	
受付方法	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）