

【記入例】

(宛先) 高松市長
次のとおり申請し

※注 申請者は、本人であることを確認できるもの（写真付きの公的機関発行の身分証明書1点または写真がない場合2点）を提示してください。

※ **本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状又は代理権の確認、あるいは申請書下部の被保険者欄に署名が必要です。法定代理人は、登記事項証明書ほか、その資格を証明する書類の提出でも構いません。**

包括・事業所申請の場合は、**窓口に来た方の氏名を記載。住所は記載不要。**

申請者氏名	高松 花子	申請年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
申請者住所	〒760 - 0017 高松市番町一丁目8番15号	本人との関係	妻
提出代行者の名称・所在地・電話番号	該当するものに○(地域包括支援センター・事業所)	(この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です。)	
		電話番号	(087) 839-2320

被保険者の個人番号が確認できる書類(個人番号カードまたは通知カード等)を提示してください。

*申請者

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	タカ マツ タ ロウ		生年月日
	氏名	高松 太郎		大・昭 18年7月15日
	住所	〒760 - 0017 高松市番町一丁目8番15号		

*個人番号欄は、1, 3, 4の証明書等の再交付を申請する場合にのみ記入してください。

再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2 資格者証 <input type="checkbox"/> 3 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 4 負担割合証 <input type="checkbox"/> 5 その他 ()	破損・汚損の場合はその 被保険者証 を添付。
申請の理由	<input type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input checked="" type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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

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

個人番号確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他 ()
申請者確認欄	1点確認 1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 身体障害者手帳 4. 介護支援専門員証 5. その他 ()
	2点確認 1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他 ()

※代理申請で委任状等がない場合

委任権確認欄	1. 個人番号カード 2. 運転免許証・運転経歴証明書 3. 介護保険被保険者証・負担割合証 4. その他 ()
--------	--

確認者()

注 1 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。
2 被保険者証等を破損し、又は汚損した場合、被保険者に返付してください。
3 被保険者証等の再交付を受け、委任状が必要な場合、こちらに被保険者の署名があれば代用できます。等
を返還してください。

私は上記の申請者を代理人と定め、介護保険者証等の再交付を委託します。

被保険者

(署名以外は押印必要)

・窓口交付 サイン () ・郵送

