

※被保険者による記入が難しい場合は、被保険者に了承のうえ、代筆いただいて構いません。

介護保険被保険者証等再交付申請書

記入例

☆申請者によって添付書類が異なります☆

下記書類をご用意いただき、再交付申請書に添えてご申請ください。

申請者	添付書類 ※郵送の場合はコピー
被保険者	被保険者の本人確認書類
同世帯の方（住民票が一緒） ※同住所でも住民票が別の方は「同世帯ではない方」となります	申請者の本人確認書類
同世帯ではない方	①申請者の本人確認書類 ②委任状 ※裏面(または別添)をご覧ください
成年後見人や保佐人	①登記事項証明書 ②申請者の本人確認書類 ③委任状 ※成年後見人等から委任された申請者の場合必要

申請者氏名	調布 太郎	申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日
申請者住所	〒182-0026 調布市小島町2-35-1	本人との関係	子 申請日
		電話番号	000-0000-0000

同じ住所でも世帯を分けている場合は、委任状が必要です

※注意事項

- ①同世帯ではない方(同じ住所でも住民票が別の方も含まれます)の申請は裏面の委任状が必要
- ②成年後見人の場合は別添で登記事項証明書が必要

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	未記入でも受付可能です
	フリガナ	チョウフ ハナコ	生年月日	明・大・昭 10年10月10日
	被保険者氏名	調布 花子		
	住 所	〒182-0026 調布市小島町2-35-1	電話番号	●●●-●●●●-●●●●

再交付する証明書	① 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 ④ 負担割合証	ご希望の証に○をしてください。 ※2. 資格者証, 3. 受給資格証明書は、 認定申請中や転出時、必要な方 にお渡しする証等です。
	申請の理由	

第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の医療保険加入者のみ記入

医療保険者名	例) 国民健康保険 ○×健康保険組合 等	医療保険被保険者 証記号番号	12-345678
--------	-------------------------	-------------------	-----------

※申請者が、同世帯ではない方(同じ住所でも住民票が別の方も含む)の場合は、下記の委任状にご記入ください。

※窓口で記入、追記、押印はできません。代筆可ですが、窓口で記入や押印はできません。

委 任 状

1か2のどちらかに○を必ずつけてください。
委任内容を表していますので、窓口にはあらかじめ○がついた委任状を提出してください。

【注意】○のないものや、両方に○がついているものは無効となり、証等のお渡しが出来ませんので、ご注意ください。

再交付に関し、下記のとおり代理人を定め、

『申請』及び『再交付する証明書を受領』
⇒以下の場合、1に○をしてください。
・代理人が窓口で受領
・代理人住所宛に発送

記

1または2に○をつけてください(窓口での○付け不可)

委任する権限の番号 どちらかに必ず○をつけてください 《注意》 提出時に○のないものは無効	1	『申請』及び『再交付する証明書を受領』する権限
	2	『申請』する権限 ※なお、再交付する証明書は、私(被保険者)の住民登録地(高齢者支援室介護保険担当に送付先変更の届出をしている場合はその送付先)へ送付してください

『申請』する権限 ※代理人は証等を受け取れません
⇒申請のみを代理して行う場合は、2に○をしてください。
被保険者の住民票上の住所(介護保険担当へ送付先変更を届け出ている場合はその送付先)へ郵送いたします。

委任者 (被保険者)	氏名	調布 花子	
	住所	182-0026 調布市小島町2-35-1	

被保険者の氏名、住所をご記入ください

押印お忘れなく

代理人 (申請者)	氏名	調布 太郎
	住所	182-0026 調布市小島町2-35-1

申請や証の受け取りを代理して行う方の氏名、住所をご記入ください

記入日	令和 6 年 11 月 11 日
-----	------------------