

※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、代筆いただいても構いません。

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） ※同居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

読
次

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

※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	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	① 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()	

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。

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

委任状

私(被保険者)は、介護保険被保険者証等再交付に関し、下記のとおり代理人を定め、

1か2のどちらかに○を必ずつけてください。

【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。

『申請』及び『再交付する証明書を受領』
⇒以下の場合、こちら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

1または2に○をつけてください

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こちら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
け出し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

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
-----	------------------