

記入例

窓口で申請する場合は、申請者の免許証など身分確認できるものと、被保険者本人の個人番号確認できる書類をご持参ください。

第5号様式（省令第27条、第28条の2、第83条の6関係）

介護保険 被保険者証等再交付申請書

○○年○○月○○日

(宛先)

秦野市長

申請者	住 所 秦野市○○町○一○
	氏 名 介護 花子
	本人との関係 介護支援専門員
	電 話 ○○○○ (○○) ○○○○

次のとおり申請します。

被保険者番号			
個人番号			
ふりがな	はだの たろう	性別	生年月日
被保険者氏名	秦野 太郎	男・女	昭和5年1月1日
住所	秦野市桜町1-3-2 電話 0463(82)5111		
医療保険者名	第2号被保険者のみ記入	医療保険証記号番号	
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 5 負担限度額認定証	申請理由	① 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

再交付申請について上記申請者に委任します。

委任者 住 所 秦野市桜町1-3-1

氏 名 秦野 太郎 (署名又は記名押印)

※処理欄		丁	介護支援専門員や代理の方が申請する場合は、 被保険者本人の住所、氏名を記入してください。 (被保険者本人の署名又は記名押印が必要です。)	
上記申請について、交付してよろしいでしょうか。				
本人	代理権確認		1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号入り住民票等			
代理人	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()		2 点	<input type="checkbox"/> 医療・介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 官公署発行書類、通知書 <input type="checkbox"/> その他()