



介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 松山市長

記入例

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	カイゴ イチロウ	連絡先 電話番号	(948) 6919
	氏名	介護 一郎		
	住所	松山市二番町四丁目7-2		

※申請者が代理人の場合、委任状もしくは代理権確認書類が必要です。

※申請人と同じ場合は下の□に☑を付けてください。

再交付する被保険者	同一世帯員の場合は、本申請書で再交付することができます。															
	フリガナ						被保険者番号									
	氏名①						0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
						マイナンバー（個人番号）										
	生年月日	明・大	昭	〇	年	〇	月	〇	日	性別	男	女				
	フリガナ	マツヤマ ハナコ					被保険者番号									
	氏名②	松山 花子					0	0	0	7	6	5	4	3	2	1
						マイナンバー（個人番号）										
	生年月日	明・大	昭	〇	年	〇	月	〇	日	性別	男	女				
	住所	松山市 町 丁目 番 号 ☑申請者と同じ 電話番号 ()														

※該当するところに☑してください。

再交付する証等	☒ 被保険者証	☐ 資格者証	☐ 負担限度額認定証
	☐ 負担割合証	☐ その他 ()	
再交付の理由	☒ 紛失・焼失	☐ 破損・汚損	☐ その他 ()

介護保険課確認欄

受付方法	窓口 ・ 電話 ・ 郵送 ・ その他 ()
交付方法	窓口 ・ 郵送
マイナンバー（個人番号）確認書類	あり（裏面記入） ・ なし
身元確認書類	あり（裏面記入） ・ なし
委任状	あり ・ 不要（本人・同一世帯） ・ なし
代理権確認書類（委任状なしの場合）	あり ・ なし

受付・交付	交付年月日	特記事項

マイナンバー（個人番号）記入時

マイナンバー（個人番号）確認	
☐ マイナンバー（個人番号）カード ☐ マイナンバー（個人番号）通知カード ☐ 住民票 ☐ なし（番号削除）	
身元確認 (※印は、マイナンバー記入時は2点確認が必要)	
☐ 運転免許証 ☐ マイナンバー（個人番号）カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ 介護保険被保険者証※ ☐ その他（ ） ☐ なし（番号削除）	☐ パスポート ☐ 住民基本台帳カード ☐ 医療保険証※ ☐ 負担割合証※
代理権確認 (委任状なしの場合)	
☐ 健康保険証 ☐ その他（ ）	☐ 年金証書、年金手帳

マイナンバー（個人番号）不使用時

身 元 確 認	
☐ 運転免許証	☐ パスポート
☐ 住民基本台帳カード	☐ 健康保険証
☐ 年金手帳・年金証書	☐ 医療受給者証
☐ 障害者手帳	
☐ 法律等の規定による官公署等発行のもの ()	
☐ その他（通常本人しか持ちえないと考えられるもの） ()	