



介護保険 被保険者証等再交付申請書

受付印

(あて先) 松 山 市 長

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		連絡先 電話番号	()
	氏 名			
	住 所			

※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	□ (同上)				0	0	0							
						マイナンバー (個人番号)									
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女											
	フリガナ					被 保 険 者 番 号									
	氏 名②	□ (同上)				0	0	0							
						マイナンバー (個人番号)									
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女											
	住 所	番 地 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※ ☐ その他（ ） ☐ なし（番号削除）
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 ☐ その他（ ）

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） ()	