



介護保険 被保険者証等再交付申請書



(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			

※代理人申請の場合、委任状（または被保険者の本人確認書類）及び代理人の本人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	フリガナ		被保険者番号												
	氏名①		0	0	0										
			マイナンバー（個人番号）												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日													
	フリガナ		被保険者番号												
	氏名②		0	0	0										
		マイナンバー（個人番号）													
生年月日	明・大・昭 年 月 日														
住所	松山市 町 丁目	番地 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	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 資格者証	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証
	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> その他 ()	
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失	<input type="checkbox"/> 破損・汚損	<input type="checkbox"/> 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 （または被保険者の本人確認書類）	あり ・ なし（不要：本人・同一世帯）

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	
<input type="checkbox"/> マイナンバー（個人番号）カード <input type="checkbox"/> マイナンバー（個人番号）通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
<input type="checkbox"/> マイナンバー（個人番号）カード	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 医療保険証※
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証※	<input type="checkbox"/> 負担割合証※
<input type="checkbox"/> その他（	）
<input type="checkbox"/> なし（番号削除）	

マイナンバー（個人番号）不使用时

身元確認	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
<input type="checkbox"/> マイナンバー（個人番号）カード	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード
<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 医療受給者証
<input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 法律等の規定による官公署等発行のもの ()
<input type="checkbox"/> その他（通常本人しか持ちえないと考えられるもの） ()