

第2号様式（第15条）

介護保険被保険者証等再交付申請書

（宛先） 鎌倉市長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請日	年 月 日	
	被保険者番号	生年月日	年 月 日
	個人番号		
	フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女
住所	〒 _____ 電話： ()		
証明書の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()		

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人		
	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	氏名	〒 _____ 住所 _____ 電話： ()

以下は、40歳から64歳の方（2号被保険者）のみ記入してください。

医 療 保 険	保険者名	
	保険者番号	
	記号・番号	

【市役所使用欄】

受付印			番号確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			受取者身元確認 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯員 <input type="checkbox"/> 送付先人)	
1 点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	2 点	<input type="checkbox"/> 被保険者証(介護・医療・後期)	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券		<input type="checkbox"/> 限度額認定証(介護・医療・後期)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	
	被保険者証 発行・郵送 () ・取		<input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書	
	資格者証 発行・郵送 () ・取		<input type="checkbox"/> 保険料領収書(介護・医療・後期)	
負担割合証 発行・郵送 () ・取	<input type="checkbox"/> その他 ()			
受給資格証 発行・郵送 () ・取				
受付	出力	確認		