介護保険

再　交　付　申　請　書

（あて先）仙台市区長

届　出 年月日	令和　4年　4月　13日

※太わくの中をご記入ください

被保険者	フリガナ	カイゴ　タロウ	
	氏　名	介　護　太　郎	
	住　所	〒９８０－８６７１ 仙台市青葉区国分町３丁目７番１号 電話番号　０２２（２１４）５２２５	
	生年月日	明治・大正・[昭和]　１０年　１０月　１０日	
	被保険者証番号	０１２３４５６７８９	
	個人番号	９ ９ ９ ９ ９ ９ ９ ９ ９ ９ ９ ９	※1.被保険者証と 6.負担割合証の場合記入してください
再交付する証書等		[1]. 被保険者証　2．資格者証　3．受給資格証明書 4．負担限度額認定証　5．特定負担限度額認定証　6．負担割合証 7．その他（　　）	
申請理由		[1]. 家の中で紛失　2．汚（破）損　3．焼　失 4．外出中に紛失（交番届出済・　　署） 5．盗　　難（交番届出済・　　署） 6．そ　の　他（　　） 上記理由の生じた年月日（　　年　　月　　日）	

窓口に来られた方	□本人 □代理人	代理人氏名 介　護　花　子	被保険者との関係 妻
		代理人住所 〒９８０－８６７１ 仙台市青葉区国分町３丁目７番１号 電話番号　０２２（２１４）５２２５	

※家族以外の代理の方が申請を行う場合は委任状が必要です。
※家族であっても、個人番号の記載された当該申請を行う場合は、被保険者本人の介護保険被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

処　理　欄	
受付年月日	.　.
資格取得年月日	.　.
発行区分	□即日(確認　　) □郵送(　.　.　)
旧被保険者証回収	□回収　□未回収　□回収不能
備考	□番号確認（個人番号カード・通知カード・住民票） □身元確認（運転免許証・被保険者証・その他）

決　裁　欄		
課　長	係　長	係　員

収 受	