

第1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	被保険者番号		申請日	年 月 日
	個人番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話：（ ）		
証明書の種類		☐ 被保険者証 ☐ 資格者証 ☐ 負担割合証 ☐ 受給資格証明書		
申請の理由		☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他（ ）		

申 請 者	☐ 本人		
	☐ 家族 ☐ その他 （ ）	氏名	〒 電話：（ ）
		住所	

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

受付 出力 確認

番号確認 ☐ あり ☐ なし

受取者身元確認（ ☐ 本人 ☐ 同世帯員 ☐ 送付先人）

1点

☐ 個人番号カード
☐ 運転免許証・旅券
☐ その他（ ）

2点

☐ 被保険者証（介護・医療・後期）
☐ 限度額認定証（介護・医療・後期）
☐ 介護保険負担割合証
☐ 年金手帳・年金証書
☐ 保険料領収書（介護・医療・後期）
☐ その他（ ）

被保険者証

発行・郵送（ ）・取下

資格者証

発行・郵送（ ）・取下

負担割合証

発行・郵送（ ）・取下

受給資格証

発行・郵送（ ）・取下