

介護保険 被保険者証等（再）交付申請書

次のとおり届出し、（再）交付を申請します。

お住いの区を
ご記入ください

神戸市 中央 区長 あて

申請年月日		令和 7 年 10 月 1 日										
フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7									
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	00123456749									
生年月日	明・大・ 昭 15 年 1 月 1 日	電話番号	078－ 33									
被保険者住所	神戸市中央区加納町6丁目5番1号											

ご不明の場合は
記入不要です

(再) 交付を申請 する証明書	☒ 被保険者証	☐ 負担限度額認定証
	☐ 負担割合証	☐ その他()
申請の理由	☒ 紛失	☐ 2号申請
	☐ 破損・汚損	☐ その他()

医療保険加入中
生活保護受給中

破損・汚損の場合は被保険者証
を同封してください

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ、記入してください。

医療保険者名		記号		番号	
医療保険者番号		事業者名(社保の場合)			

※申請者が被保険者本人以外の場合のみ、記入してください。

申請者氏名	介護 花子	本人との関係	妻
申請者住所	☒ 被保険者と同じ	電話番号	078－ 331 － 8181

※区役所の窓口で証明書を受領する場合のみ、記入してください。

本日確かに申請にかかる証明書を受領しました。	令和 年 月 日
(受領者署名)	

神戸市処理欄						証交付: 窓口・郵送(/)	受付印	
受付	本人確認	入力	証交付	保険確認 (2号)	旧証回収 (再交付)			
						起案日: 令和 年 月 日	窓口・郵送	
						決裁日: 令和 年 月 日		
						上記のとおり処理いたしたく(伺)		
						課長	係長	担当