

負担割合証再交付申請 記入例
一斉発送日から令和8年7月31日まで

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 佐賀中部広域連合長
次のとおり申請します。

申請者	申請日	令和8年 7月 24日
	(フリガナ) 氏名	コウイキ ジロウ 広域 次郎
	住所	〒840-0112 佐賀市大財222丁目2番2号 電話番号0952-22-22xx
	被保険者との関係	弟

被保険者	被保険者番号	0001234567
	個人番号	0001234567xx
	(フリガナ) 氏名	コウイキ ハナコ 広域 花子
	住所	同上
	生年月日	明・大・昭・西暦 10年 7月 7日
	性別	男・女

交付する 証明書等	☐ 被保険者証	☐ その他 ()
	☐ 資格者証	
	☐ 受給資格証明書	
	☒ 負担割合証 (新規・再交付)	7 8
	☐ 負担限度額認定証	
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()	

(受付欄)

受付日	年 月 日	受付	号種
-----	-------	----	----

(処理欄)

処理	認定審査課	業務課	給付課	備考
	→	→		

- 7年度のみ必要「7」
 - 8年度のみ必要「8」
 - 7年度と8年度が必要「7 8」
- と記載する