

介護保険 被保険者証等再交付申請書

大川市長 様

次のとおり申請します。

	申 請 年 月 日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 — —	

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号							
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏 名		性 別	男 ・ 女						
	住 所	〒 電話番号 — —								

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 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	
--------	---------------	--

市 記 入 欄

交 付 年 月 日	身 分 証	交 付 方 法	備 考
年 月 日	☐ 確認 ()	☐ 即時 ☐ 郵送（自宅） ☐ 郵送（その他）	
決 裁 欄	課 長	課長補佐	係 長
			係 対応者サイン
			受付印

- ※ 再交付する証書等は郵送いたします。
- ※ 申請者と被保険者（本人）が違う場合は、委任状が必要です。
- ※ 身分が確認できるものが「委任者」「申請者」の両方に必要です。

委 任 状

大川市長 殿	
私は、次の者に、	
介護保険	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他()
の(再)交付申請の手続を委任します。	
年 月 日	
委任者 _____	
(代筆の場合:委任者の同意が必要です)	
代筆者 _____ 委任者との関係 _____	
住 所 _____	
申請者 _____ 委任者との関係 _____	
住 所 _____	
電 話 () —	
(備考)	