

介護保険 被保険者証等再交付申請書

海津市長 へ

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成 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
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書	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 負担割合証 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	
--------	--	---------------	--

委任状

平成 年 月 日

代理人(頼まれた人) 住所 _____

氏名 _____

委任者との関係 _____

- 私に係る
- 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 負担割合証
 - 6 その他 ()

の交付申請について上記の者を代理人と定め、その権限を委任します。

委任者(頼む人) 住所 _____

氏名 _____ ㊞