

介護保険被保険者証等再交付申請書

大鰐町長 殿

次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 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は、申請者住所、電話番号は記載不要

フリガナ		保険者番号	0 2 3 6 2 2
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号 () -		

再交付する証明書	<ul style="list-style-type: none"> 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
申請の理由	1, 紛失・消失 2, 破損・汚損 3, その他 ()

※第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		医療保険者被保険者証記号番号	
		記号	番号

※代理人が申請する場合、裏面の委任状もご記入下さい※

委 任 状

大鰐町長 様

私は、介護保険被保険者証等再交付の申請に関する権限を、下記の受任者に委任します。

令和 年 月 日

<委任者>

住所

氏名

<受任者>

住所

氏名

(被保険者との関係 :)

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。