

介護保険 被保険者証等再交付申請書

播磨町長 様

次のとおり申請します。

			申請年月日	年	月	日
申請者氏名				被保険者との 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・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号					
	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	被保険者氏名				性別	男 ・ 女
	住所	〒 - 電話番号 () -				
				個人番号		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 受給資格証明書 5 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			
保険者番号			
記号	番	号	

委任状

年 月 日

被保険者番号					
委任者	住所				
	氏名			男・女	
	電話番号				
	被保険者との続柄		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日

下記の者に、介護保険被保険者証等再交付申請に関する権限を委任します。

受任者	住所				
	氏名			男・女	
	電話番号				
	受任者との続柄		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日

職員記載欄	申請者確認欄	確認書類欄	意思確認
	<ul style="list-style-type: none">・運転免許証・パスポート・住基カード・個人番号カード・()		