

介護保険被保険者証等再交付申請書

下北山村長 様
 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、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号				
	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 社会福祉法人等利用者負担減免確認証 5 介護保険負担限度額認定証 6 負担割合証
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

委任された人（又は施設名等）

住 所

氏 名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

委任する内容

介護保険被保険者証等再交付

令和 年 月 日

委任した人

住 所

氏 名 _____ 印

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

※本人・家族以外が申請する場合、委任状が必要になります。ご記入をお願いします。