介護保険　被保険者証等再交付申請書

明和町長　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 | ㊞ | 被保険者  との関係 | 1.本　人  2.親　族（　　　　　　　）  3.その他（　　　　　　　） |
| 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　　　　　年　　　月　　　日  昭 | | | | | | | | | |
| 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 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　　　　　　　） |

【委任欄】　私は、上記の申請者に証明書等に係る再発行手続きと受領を委任します。

□ 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設等

□ 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設等

□ 私の親族（ 　 　　 ）

□ そ の 他（ 　　 ）

被保険者署名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※自署できない場合（理由及び代筆者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 理由 |  | 代筆者 | （続柄　　　　　　　） |

【町記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口確認 | 個人番号カード・免許証・保険証・職員証・その他（　　　　　　　　　　　　　） |