介護保険　被保険者証等再交付申請書

開成町長　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		本人との関係	
申請者 住　所 ※	〒 ※　申請者が被保険者本人の場合、当欄の記載不要　　電話番号		

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日	
	氏　名				
	住　所	〒 電話番号			
	２号被保険者のみ記入 ◎　40歳から64歳の 医療保険加入者	医療保険者名			
		医療保険者資格証記号番号			

再交付する 証明等	１被保険者証　　２受給資格証明書　　３負担割合証　　４負担限度額認定証
申請の理由	１　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　）

交付方法	郵送		窓口（本人確認が必要です）			
	発送日	／	交付日	／	受領者 署名	

［町記入］ 申請者 本人確認	免	マ	住	パ	在	手	保	年	学	聴
	他					確認者				

★本人確認ができない場合、窓口交付はできません。

同一世帯に属しない方が代理で申請をする場合は、以下の委任状を
本人が記入・押印のうえ作成してください。
内容が同じであれば、別様式の添付でも差支えありません。
※　難しい場合には、本人の被保険者証等を窓口へお持ちください。

委任状

委任者（　本人　）
住　　所
氏　　名　　印
生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日　　電話番号
私は、次の者を代理人と定め、 介護保険被保険者証等再交付申請書の提出に関する権限を委任します。
代理人　（ 窓口などで届出の手続きをする人 ）
住　　所
氏　　名
生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日　　電話番号
本人との関係　　※　代理人の本人確認書類の写しを添付してください。