

介護保険 被保険者証等再交付申請書

豊郷町長 様

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

申請日 年 月 日

フリガナ		被保険者との関係 (該当するものに○をつけてください)
申請者氏名		1 本人 2 代理人 (同一世帯の方) 続柄 () 3 その他代理人 《※委任状が必要》
申請者住所	〒	
	電話番号 () -	

※申請者が被保険者本人の場合、この欄の住所・電話番号は記載不要です。

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
被保険者氏名		性別	男 ・ 女
被保険者住所	〒		
	電話番号 () -		

再交付する 証明書 <small>(該当するものに○をつけてください)</small>	1 被保険者証 2 負担割合証 3 資格者証 4 受給資格証明書 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 (※破損・汚損した証を添付) 3 その他 ()

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
--------	--	-------------------	--

委任状

豊郷町長 様

年 月 日

私は下記の者を代理人として定め、介護保険被保険者証等の再交付にかかる手続きに関する一切の権限を委任します。

委任する被保険者

住 所	〒
氏 名	
電 話 番 号	() -

委任を受ける代理人

住 所	〒
氏 名	
委任者との続柄	親族（続柄 ）・介護支援専門員・その他（ ）
電 話 番 号	() -

※代理人が介護支援専門員の場合は、氏名欄に「事業所名」および「介護支援専門員の氏名」を記入し、押印してください。