介護保険被保険者証等再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性　別 | 男　・　 女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する  証明書 | 被保険者証  資格者証  受給資格証明書  負担割合証  負担限度額認定証  特定入所者負担限度額認定証（旧措置入所者）  利用者負担額減額認定証  利用者負担額減額認定証（旧措置入所者） | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付の理由 | 紛失　・　焼失  破損　・　汚損  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険  被保険者証  記号番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 毛呂山町長　あて  　　上記のとおり申請します。  令和 年 月 日  住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

１　個人番号は、被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証又は特定入所者負担限度額認定証（旧措置入所者）の再交付を申請する場合のみ記入してください。

２　申請者が65歳以上の場合は、医療保険者名、医療保険被保険者証記号番号は、記入不要です。

３　申請者が被保険者本人の場合は、被保険者との関係に「本人」と記入し、申請者の住所、電話番号は記入不要です。

４　申請者が本人又は被保険者と同一世帯の家族以外の場合は、別途委任状を添付してください。

上記の証明書等の交付申請及び受領を上記申請者に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　印