

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	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女																	
住所	電話番号																			
再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定入所者負担限度額認定証（旧措置入所者） <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 利用者負担額減額認定証（旧措置入所者）																			
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 ・ 焼失 <input type="checkbox"/> 破損 ・ 汚損 <input type="checkbox"/> 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（ ）																				

- 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。
- 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。
- 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。
- 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