

介護保険 被保険者証等再交付申請書

忠岡町長 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			
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										
	被保険者氏名			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 等	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 標準負担額減額認定証 5. 特定標準負担額減額認定証 6. 利用者負担額減額・免除認定証 7. 利用者負担額減額・免除認定証(特別養護老人ホームの旧措置入所者に関する認定証) 8. 訪問介護利用者負担額減額認定証 9. 社会福祉法人等利用者負担額減額認定証 10. 負担割合証 11. その他( )
再交付の理由	1. 紛失・焼失 2. 汚損・破損 3. 未着 4. 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

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

※申請者が本人以外の場合に記入

上記の申請者に対して、私の被保険者証等の再交付申請に関する権限を委任し、再交付することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

【町記入欄】

本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票(写)・住基台帳・その他( )	
本人確認	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他( )
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他( )
代理人確認	代理権確認	委任状・本人の被保証・戸籍謄本・その他( )
	確認書類(写真付)	個力・免・旅・(身・精)障手・療手・在力・特永証・その他( )
	確認書類(2つ以上)	被保証・負担割合証・年金手帳・その他( )