

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

三原市長様  
次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒	
	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		
	被保険者氏名	フリガナ	生年月日
			明治 大正 昭和 年 月 日生
	住所	〒	
		電話番号 ( )	

再交付する証	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 減額・免除認定書( ) 5. 負担割合証
申請の理由	1.紛失・消失      2.破損・汚損      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)

医療保険者名	国療保険被保険者記号番号	
--------	--------------	--

委任状

住所

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 ※本人が手書きした場合は、押印不要です。

私の被保険者証等の申請及び受領を、上記の申請者に委任します。

申請者の身分証明書確認 ・介護支援専門員証 ・運転免許証 ・健康保険証 ・その他 ( )
--