

介護保険被保険者証等〔交付再交付〕申請書

(宛先) 須 坂 市 長

次のとおり申請します

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者 (申 請 者)	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	性 別	男 ・ 女									
	電話番号										

*被保険者本人が申請する場合、記入する必要はありません。

申 請 代 理 人	氏 名										
	住 所										
	本人との関係										
	電話番号										

交 付 (再 交 付) す る 証 明 書	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 負担割合証 4. 負担限度額認定証 5. 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 6. その他 ()
	※上記は原則郵送としますが、申し出により窓口での交付も可能です。 ※3～5について、親族等以外が申請し窓口での交付を希望される場合は、委任状が必要です。 ※4および5については、この申請書では再交付のみ可能です。交付にあたっては別途申請が必要です。
再交付の場合の申請理由	1. 紛失・焼失 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										

来庁者 本人確認書類	運転免許証 ・ 介護支援専門員証 介護保険証 ・ 医療保険証 その他 ()	委 任 状	有 ・ 無
交付日 (再交付日)	年 月 日	窓口 ・ 郵送	