

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 藤岡市長 様
以下のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	令和 年 月 日
申 請 者 氏 名		被保険者との関係	
申 請 者 住 所	〒	(事業所名等)	
電 話 番 号			

※申請者が被保険者本人の場合、被保険者住所・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									生年月日	年 月 日								
	被保険者氏名																		
	住 所	〒																	
										電話番号									

※被保険者本人または同居の親族が申請者ではない場合

再交付に対する被保険者本人の同意 有 ・ 無

再交付する証明書	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> 1 被保険者証 2 限度額認定証 3 資格者証 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 4 受給資格証明書 5 負担割合証 </div>
申 請 の 理 由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

受 取 確 認	上記証明書を本日確かに受け取りました	氏 名
---------	--------------------	-----

* 市記入欄

本人確認	運転免許・マイナ・介専	介護保険証・資格確認書	その他	
------	-------------	-------------	-----	--

委任状

年 月 日

(あて先) 藤岡市長

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

私は、次の申請について、下記の者を代理人に選出し、
その権限を委任いたします。

- ☐ 介護保険 被保険者証再交付申請
- ☐ 介護保険 負担限度額認定証再交付申請
- ☐ 介護保険 資格者証再交付申請
- ☐ 介護保険 受給資格証明書再交付申請
- ☐ 介護保険 負担割合証再交付申請

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

申請者との続柄 _____ 電話番号 _____