

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			
	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	1 被保険者証	2 限度額認定証	3 資格者証
	4 受給資格証明書	5 負担割合証	
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