

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 吉野町長
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
① 窓口 に き た 方	フリガナ					
	申請者氏名	(印)				
	申請者住所	〒 - 電話番号				

※申請者が被保険者本人の場合、①窓口に来た方欄の「申請者住所」は記載不要です。

② 被 保 険 者	フリガナ	被保険者番号		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	被保険者氏名	個人番号																		
		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	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 その他()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

* 紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した被保険者証等を返還してください。
* 破損・汚損の場合、その被保険者証等を添付してください。

委任状

委任者(被保険者) 住所 _____ 氏名 _____ (印)

私は下記の者を代理人と定め、介護保険被保険者証等の再交付にかかる手続きに関する一切の権限を委任いたします。

受任者 住所 _____ 氏名 _____

委任者(被保険者)との関係 (続柄 _____)