

介護保険 被保険者証等再交付申請書

日南市長 様

次のとおり申請します。

* 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		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		

私に係る下記証明書の交付を上記の者に委任します。

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	氏 名									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 証明書等	1. 被保険者証 3. 受給資格証明書 5. 負担割合証 2. 資格者証 4. 負担限度額認定証
申請の理由	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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記 号 番 号	
--------	--	----------------------	--

※市役所確認欄

個人番号確認及び 本人確認実施者	交付対象者を確認するもの		代理人を確認するもの	代理権を確認するもの	その他
	☐ 個人番号カード ☐ その他 ()	☐ 通知カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ その他()	☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他()	☐ 委任状 ☐ 対象者の介護保険証 ☐ その他()	☐ 郵送 ☐ 使者