

介護保険被保険者証等再交付申請書

内灘町長

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

（被保険者） 申請者	被保険者番号							生年月日	M. T. S 年 月 日生()歳
	ふりがな 氏名						印	性別	男 ・ 女
	住所	〒920-02							

窓口 に こられ た方	氏名			申請者 との 関係	委任状 の 有無	有 ・ 無
	住所					

提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)			
				印 Tel ()-

再交付する証明書	1. 被保険者証 2. 資格者証 3. 受給資格証明書 4. 利用者負担額減額・免除認定書	5. 負担限度額認定証 6. 特定負担限度額認定証 7. 負担割合証 8. その他()
申請の理由	1 紛失 ・ 焼失 2 破損 ・ 汚損 3 その他 ()	

第2号被保険者（40～65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		記号 ・ 番号	
--------	--	---------	--

備考	<身元確認> 1. 介護保険被保険者証 2. 健康保険証 3. 後期高齢者医療被保険者証 4. 運転免許証 5. その他証明証() 6. 上記以外()		
----	---	--	--