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

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	TEL（　）　－				

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） TEL（　）　－

再交付する証明書	1．被保険者証　5．負担限度額認定証 2．資格者証　6．特定負担限度額認定証 3．受給資格証明書　7．負担割合証 4．利用者負担額減額・免除認定書　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　4．運転免許証 2．健康保険証　5．その他証明証（　） 3．後期高齢者医療被保険者証　6．上記以外（　）