

介護保険 (被保険者証交付 (第2号被保険者用)
被保険者証等再交付) 申請書
(宛先) 焼津市長

No. _____

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 - 電話番号 ()		

* 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

被 保 険 者	被保険者 番号												
	個人番号												
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名											性別	男 ・ 女
	住所	〒 - 電話番号 ()											

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

※ 第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) の方のみ記入してください。

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 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 7 特定負担限度額認定証 8 利用者負担額減額・免除認定証 9 利用者負担額減額・免除認定証 (特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置)
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

申請者	免許 後期 診察券 ()
委任	委任状 介 負 後期 ()
交付	窓口 (/) ・ 郵送 (/)

決 裁	課長	主幹	係長	担当	受付

委任状

令和 年 月 日

(被保険者)

住 所

氏 名

印

私は下記の者を代理人と定め、

- 1 被保険者証
- 2 資格者証
- 3 受給資格証明書
- 4 負担割合証
- 5 負担限度額認定証
- 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証
- 7 特定負担限度額認定証
- 8 利用者負担額減額・免除認定証
- 9 利用者負担額減額・免除認定証（特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置）

の交付（再交付）の申請を委任します。

なお、受領については

- ・ 代理人への窓口交付
- ・ 被保険者本人への郵送

を依頼します。

<代理人>（窓口に来られる人）

住 所

事業所名

氏 名