介護保険　被保険者証等再交付申請書

大野城市長　様

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

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 等	（電話番号　　－　　－　　）			
再交付を必要とするもの		□ 被保険者証 □ 資格者証 □ 負担割合証 □ 負担限度額認定証	□ 住宅改修費給付券 □ 福祉用具給付券 □ その他(　　)		
再交付を必要とする理由		□ 紛　失　　□ 盗　難　　□ 破　損 □ その他（　　）			
申請者 *本人申請の場合記入不要		氏　名 ……　　被保険者との続柄 …… 住所等 …… ……（電話番号　　－　　－　　）			

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。

［委任欄］

私は、この再交付申請及び受取について、上記申請者に委任します。

本人署名欄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【職員使用欄】　交付状況：窓口交付・郵　送

・本人確認書類　※委任欄記載有の場合不要

□介護保険証各証　□運転免許証　□医療保険証　□委任状　□マイナンバーカード

□その他(　　)

・申請者確認書類　※原則顔写真付のもの

□運転免許証　□医療保険証　□マイナンバーカード　□その他(　　)

受付日	受付者

(R4.7月改訂)