

介護保険被保険者証等 { 交付 再交付 } 申請書

(宛先) 須 坂 市 長

次のとおり申請します

申請年月日	年 月 日
-------	-------

被 保 険 者 (申 請 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 _____					

*被保険者本人が申請する場合、記入する必要はありません。

申 請 代 理 人	氏 名			本人との関係	
	住 所	〒			
電話番号 _____					

交付(再交付)する証明書	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. 被保険者証</p> <p>2. 資格者証</p> <p>3. 負担割合証</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>4. 負担限度額認定証</p> <p>5. 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証</p> <p>6. その他 ()</p> </div> </div> <p>※上記は原則郵送としますが、申し出により窓口での交付も可能です。</p> <p>※3～5について、親族等以外が申請し窓口での交付を希望される場合は、委任状が必要です。</p> <p>※4および5については、この申請書では再交付のみ可能です。交付にあたっては別途申請が必要です。</p>
再交付の場合の申請理由	<p>1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他 ()</p>

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

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

来庁者 本人確認書類	運転免許証 ・ 介護支援専門員証 介護保険証 ・ 医療保険証 その他 ()	委 任 状	有 ・ 無
交付日 (再交付日)	年 月 日	窓口 ・ 郵送	