

介護保険 被保険者証等再交付申請書

菊池市長 様

次のとおり申請します。

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

被保険者	フリガナ	被保険者番号																
	氏名	個人番号																
		生年月日		年 月 日														
住所	〒		電話番号 ()															

再交付する証	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 負担割合証
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方は、以下も記載してください。

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

【市記入欄】

処	被保険者番号	作成	郵送等	備考
理				

代理権確認	確認 ✓	身元確認	確認 ✓	返却サイン	番号確認	確認○	返却サイン
委任状		番号カード			番号カード	写し/原	
官公所発行証		運転免許証			通知カード	写し/原	
介・負・健・年		官公所発行証(写真付)			住民票	写し/原	
(法定代理人)		2点提示					