

介護保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日

大郷町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														
	個人番号														※被保険者証, 負担割合証, 負担 限度額認定証の場合のみ記入。
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名											性別	男 ・ 女		
	住所	〒 _____										電話 (_____)			
必要なもの	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証														
申請の事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 (_____)														
医療保険情報 ※2号被保険者(40歳 から64歳)のみ	医療保険者名														
	医療保険被保険者証記 号番号														

※再交付申請を他者に委任する場合は、下記も記入願います。

私の介護保険被保険者証等再交付等に係る権限を、上記申請者に委任します。

被保険者 住所 _____

氏名 _____ 印

※町使用欄

確認方法	交付方法	決 裁	課長	補佐	係長	係
<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 郵送					
<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 窓口渡					
<input type="checkbox"/> (_____)	<input type="checkbox"/> (_____)					