|  |
| --- |
| 介護保険　被保険者証等再交付申請書　　二本松市長　次のとおり申請します。 |
| 　 | 　 | 申請年月日 | 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 | 　 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 　 | 再交付する証明書 | １　被保険者証　　３　資格者証　　２　負担割合証　　４　負担限度額証 | 　 |
| 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）のみ記入 |
| 　 | 医療保険者名 | 　 | 医療保険被保険者証記号番号 | 　 | 　 |
| 　※代理申請の場合は以下の委任状が必要です。

|  |
| --- |
| 　　二本松市長　上記の再交付の　申請　・　受領　について、下記の者に委任します。　　　　　　　年　　月　　日　委任者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受任者氏名及び事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

 |