|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |