介護保険　被保険者証等再交付申請書

花巻市長　様

次のとおり申請します。

※ 申請者が被保険者の場合は、申請者住所・電話番号の記入は不要	申請年月日	令和　　年　　月　　日

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※　申請者が代理人（被保険者と同一世帯でない方）の場合、委任が必要です。

申請者に次の証明書の再交付申請を委任します。（該当する□に印をつけてください。）

□被保険者証　　□負担割合証　　□負担限度額認定証

□その他（　　）

氏名（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

被保険者	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ			生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和　　（　　歳）							
	氏　名											
	住　所	〒 電話番号										

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

第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の記号番号	

処理欄

決裁	課長	補佐	係長	課員

起案	令和　　年　　月　　日	起案者	長寿福祉課　介護給付係

被保険者証等の再交付について（伺い）

上記のとおり被保険者等の再交付の申請があった被保険者について、再交付してよろしいか伺います。　　処理日　令和　　年　　月　　日