介護保険　被保険者証等再交付申請書

飛　驒　市 長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日	年　　月　　日

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性　　別	□ 男　・　□ 女
	住　　所	〒 TEL		

再交付する証　明　書	□ 被保険者証　□ 負担割合証　□ 資格者証　□ 受給資格証明書 □ 負担限度額認定証　□ その他（　　）
申請の理由	□　紛失・焼失　□　破損・汚損（原本返却のため添付） □　その他（　　）

窓口に来られた方	□ 本人　□ 親族（代理人）　□ 親族以外（代理人）		
代理人氏名		被保険者との関係	
代理人住所	〒 TEL		
親族以外の代理人の場合	私の介護保険被保険者証等の再交付申請及び受領に関する件を上記代理人に委任します。 被保険者氏名　　㊞ ※同様な内容で別途任意作成した委任状（委任期日、被保険者の印のあるもの）の添付でも結構です。		

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	