

介護保険 被保険者証等再交付申請書

南山城村長 様

次のとおり、申請します。

	申 請 年 月 日	年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係	
申請者住所	〒 - (この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です)	
	電話番号 () -	

被保険者	被保険者番号	個人番号		
	フリガナ			
	氏名	生年月日	大・昭年月日	
	住所	〒 619 -	京都府相楽郡南山城村大字	小字

再交付する 申請證明書	1 被保険者証 2 受給資格証明書 3 負担割合証 4 負担限度額認定証				5 利用者負担額減額・免除等認定証（旧措置入所者） 6 特定負担限度額認定証（旧措置入所者） 7 社会福祉法人等利用者負担減免確認証
	年 月 日				
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	
--------	-----------------------	--

- 1 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。
- 2 第2号被保険者の場合は、医療保険被保険者証等を提示してください。
- 3 被保険者証等を破損し、又は汚損した場合は、その被保険者証等を添付してください。
- 4 被保険者証等の再交付を受けた後に紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した被保険者証等を返還してください。

私は上記の申請者を代理人と定め、介護保険被保険者証等の再交付を委任します。

被保険者

印