様式第4号

**介護保険　被保険者証等再交付申請書**

比布町長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |

* 申請者が被保険者本人の場合、住所、電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　 年 　月 　日　 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者氏名 |  |
| 住　　　　所 | 〒 |

|  |
| --- |
| **委　　任　　状**　私は、介護保険被保険者証等の再交付に関する一切の権限を、上記申請者に委任します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　**被保険者氏名**印　※この委任状は、本人・同居の親族以外が申請する場合に記入してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証　明　書 | 　１　被保険者証　２　資格者証　３　受給資格証明書　４　負担額限度額認定者証　５　利用者負担額減免認定証　６　特定負担限度額認定証　７　旧措置入所者利用者負担額減免認定証　８　負担割合証 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　未着　　４　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 |  | 医療保険被保険者番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備　　考 | 本人確認方法 | 交付者 |
| 面識有り運転免許証他（　　　　　） |  |