介護保険　被保険者証等再交付申請書

琴 平 町 長　様

次のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。

申請年月日	年　月　日			
被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名		個人番号	
	性 別	男　・　女		
	生年月日	年　月　日	電話番号	（　　）　－
	住 所	〒766 － 000 仲多度郡琴平町		
再交付する証明書等	1 被保険者証　2 負担割合証　3 資格者証 4 負担限度額認定証　5 利用者負担限度額認定証			
申 請 理 由	1 紛失 ・ 焼失　2 破損 ・ 汚損　3 その他（　　）			
申請者	□ 以下、被保険者に同じ		被保険者との関係	
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏 名		電話番号	（　　）　－
	住 所	〒　　－		

第2号保険者　（45歳以上65歳未満の医療保険加入者）は、次の欄にも記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証等の記号番号	

【注意事項】
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。
5. 再交付する書類は、原則として被保険者本人の住所地（送付先変更の届出が出されている場合は、変更後の住所地）に送付します。再交付された書類を窓口で受領できるのは、本人確認ができる被保険者本人のみです。被保険者以外の方が窓口で受領するためには、委任状が必要です。

町確認欄	個人番号確認欄	1 個人番号カード　2 通知カード　3 個人番号が記載された住民票等 4 その他（　　）				
	申請者確認欄	1点確認	1 個人番号カード　2 運転免許証　3 身体障害者手帳等　4 介護支援専門員証 5 その他（　　）			
		2点確認	1 介護保険被保険者証　2 医療保険証　3 介護保険負担割合証　4 年金手帳 5 包括・事業所の職員証　6 その他（　　）			
	代理権確認欄	1 委任状（任意代理人）　2 登記事項証明書等（成年後見人等） 3 その他（　　）			受付印	
	処理確認欄	交付方法	郵便発送日	備考		
		郵送　・　窓口	月　日			