

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

八幡市長  
次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

<b>申請者</b>	本人	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄: )
	代理人	氏名	印		<input type="checkbox"/> ケアマネージャー
	住所		〒 - -  電話番号 - -		

<b>被保険者</b>	被保険者番号															個人番号										
	フリガナ													生年月日	明・大・昭 年 月 日											
	氏名													性別	男 ・ 女											
	住所	〒 - -												電話番号 - -												

<b>再交付する証明書</b>	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 資格者証		
	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> その他		
<b>申請の理由</b>	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他		

委任状
<p>私は、介護保険 被保険者証等の再交付申請及び受領について 代理人 _____ に委任いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>被保険者住所 _____</p> <p>被保険者氏名 _____ 印</p>

※ 配偶者及び同一住所の親・子・孫については、委任状不要です。  
 ※ 本人が認知症等で意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難である場合の委任については、市が別途定めるものとする。

市記入欄

受付日(収受印)	処理欄 <input type="checkbox"/> 年 月 日 申請者に交付済 <input type="checkbox"/> 年 月 日 郵送(送付先変更 有・無) <input type="checkbox"/> 認定申請中のため、介護保険被保険者証は発行しない	担当者
	申請者確認書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護保険関係証 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( )	担当者