

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 |
|-------|-------|

| | | | | | |
|------------|-----|-----|---|--------------|-----------------------------------|
| 申請者 | 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 | 〒 - | | | <input type="checkbox"/> その他() |
| | | | | 電話番号 | - - |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------|-----|--|--|--|--|--|------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 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 | - - | | | | | | | |

| | | | |
|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 再交付する 証明書 | <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 |
| 申請の理由 | <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。 _____ 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 |