

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

白浜町長 殿  
次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	電話番号	

\* 申請者が被保険者本人以外の場合、委任状が必要

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ			個人番号	
	被保険者氏名			生年月日	明・大昭 年 月 日
				性別	男 ・ 女
	住所	電話番号			

\* 申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要

再交付する証書	1 被保険者証 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 その他 ( )
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	
--------	---------------	--

決 裁	係長	交付	受付