介護保険被保険者証再交付申請書

内灘町長

次のとおり再交付申請します。　　申請日　　年　　月　　日

（申請者被保険者）	被保険者番号		生年月日	M．T．S　年　月　日生（　）歳
	ふりがな 氏名	印	性別	男　・　女
	住所	〒 内灘町字 TEL（　）－		

窓口にこられた方	氏名		申請者との関係		委任状の有無	有・無
	住所	TEL（　）－				

提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・指定居宅支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印 TEL（　）－

再交付する証明書	1．被保険者証　　5．負担限度額認定証 2．資格者証　　6．特定負担限度額認定証 3．受給資格証明書　　7．その他（　） 4．利用者負担額減額・免除認定書
申請の理由	1 紛失・焼失　2 破損・汚損　3 その他（　）

第2号被保険者（40～65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		記号・番号	

備考	（身元確認） 1．介護保険被保険者証　　4．運転免許証 2．健康保険証　　5．その他証明書（　） 3．後期高齢者医療被保険者証　　6．上記以外（　）