|  |  |
| --- | --- |
| 様式第３号（第11条、第22条、第26条、第28条関係） |  |

**介護保険被保険者証等再交付申請書**

**奥州市長 宛**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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の場合は、申請者住所及び電話番号は記入不要です。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付を希望する証明書等 | １ 被保険者証  ２ 資格者証  ３ 受給資格証明書  ４　負担割合証  ５ 介護保険負担限度額認定証  ６ 介護保険利用者負担額減額・免除認定証 |
| 申請の理由 | １ 紛失又は焼失 ２ 破損又は汚損  ３ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |

第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 |  |

注意１ この申請をする際は、被保険者証又は資格者証を提示してください。被保険者証又は資格者証がない場合は、被保険者の身分を証する書面（医療保険の被保険者証、運転免許証等）を提示してください。

　　２ 申請の理由が、「２ 破損又は汚損」である場合にあっては、その破損又は汚損した被保険者証等を添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※ 処理欄(記入不要) | | | |
| 交付日 | | ／ | |
| 受付 | 入力 | | 交付 |
|  |  | |  |

委　任　状

令和　　年　　月　　日

　私は、次の事項に係る交付申請及び受領の権限を、下記の代理人に委任します。

委任事項（該当する委任事項に○をつけてください）

　　　１　被保険者証

　　　２　資格者証

　　　３　受給資格証明書

　　　４　負担割合証

　　　５　介護保険負担限度額認定証

　　　６　介護保険利用者負担額減額・免除認定証

（委任者） 住所

氏名（自署）　　　　　　　　　 　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　 （代筆者：氏名　　　　　 　　　　　続柄　　　　　 　）

（代理人） 住所

氏名