

介護保険 被保険者証等再交付申請書

長岡京市長 様

次のとおり再交付を申請します。

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

※申請者が被保険者ご本人の場合、申請者住所及び電話番号はご記入不要です。

※申請者と被保険者が異なる場合、下記委任欄の記入及び申請者の本人確認資料(写)を添付ください。

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

再交付する 証明書 (○をしてください)	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 (○をしてください)	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他（ ）

..... 委 任 欄

私_____は、申請者_____を代理人と定め、上記証明書の再交付申請に係る権限を委任します。

委任者氏名 : _____

委任者住所 : _____

受付	発行