

別記様式第4号 (第6条関係)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

那須烏山市長 様

次のとおり申請します。

		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		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ 被保険者氏名		生年月日	T・S 年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	住 所	〒321ー 那須烏山市 電話番号		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 利用者負担減額・免除認定証 6 特定負担限度額認定証(旧措置入所者) 7 利用者負担額減額・免除等認定証(旧措置入所者) 8 負担割合証
申請の理由	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他()

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険者)のみ記入

医療保険者		医療保険被保険者証記号番号	
-------	--	---------------	--

委任状

年 月 日

那須烏山市長 あて

(委任者) 住所 〒 _____
電話番号 (_____) _____
被保険者番号 _____
氏名 _____
生年月日 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、下記のことを代理人と定め、証明書の受領を委任いたします。

年 月 日

(代理人) 住所 〒 _____
電話番号 (_____) _____
事業所名 _____
氏名 (介護支援専門員) _____

受付者