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　宛て

　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 | 〒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 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
|  |
| 住所 | 〒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　利用者負担額減額・免除認定証６　特定負担限度額認定証（要介護旧措置入所者）７　利用者負担額減額・免除認定証（要介護旧措置入所者）８　負担割合証 |
| 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歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

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

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、下記のものを代理人と定め、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