

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