

介護保険 被保険者証等再交付申請書

笛吹市長 様

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、申請者住所・電話番号は記載不要。
 * 申請者が本人・家族以外の場合は、別紙「委任状」を添付すること。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|----------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | | 性 別 | 男 | ・ | 女 | | | | | | |
| 住 所 | 〒 - | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 () | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------|---|
| 再交付する 証 明 書 | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担額軽減確認証 |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 () |

※1 紛失・焼失の場合は申請者の身分を証明する書類を提示すること。
 ※2 破損・汚損の場合は破損・汚損した被保険者証等を添付すること。

| | 申請書受領日 | 受理者 | 備 考 |
|------|--------|-----|--|
| 市記入欄 | | | 申請者確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> その他 () |

委任状

令和 年 月 日

(宛て先) 笛吹市長

【委任者（被保険者）】

※本人自筆

※成年後見人がある場合、後見人の署名・押捺、
謄本（後見人であることがわかる公的な書類）が必要になります。

住所

氏名

印

（本人が自筆できない場合は その理由を記入してください）

私は、下記の者を代理人とし、次の事項を委任します。

【代理人】

住所

(所属施設・事業所名)

氏名

【委任事項】

1. 「介護保険 被保険者証等再交付申請書」の提出に関すること。
2. 次の該当番号をマルで囲んだ証の受領に関すること。

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 各種減額認定証

()

記入例

委任状

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

(宛て先) 笛吹市長

【委任者(被保険者)】※本人自筆

住所 笛吹市石和町市部800番地

氏名 笛吹太郎

笛吹

可能な限り、被保険者本人の
自筆をお願いします。
(氏名だけでも)

(後見人がいる場合)

氏名 笛吹太郎 成年後見人 山梨 次郎



本人が自筆できない場合は その理由を記入してください

- ・転倒により、効き手を骨折してしまったため
- ・手が震えてしまい、記入が困難
- ・・・など

私は、下記の者を代理人とし、次の事項を委任します。

【代理人(窓口に来る方)】

住所 ○○市○○町○○ ●●番地
(所属施設・事業所名) (□□□居宅介護支援事業所)

氏名 介護花子

【委任事項】

1. 「介護保険 被保険者証等再交付申請書」の提出に関すること。
2. 次の該当番号をマルで囲んだ証の受領に関すること。

1 被保険者証

2 資格者証

3 受給資格証明書

4 各種減額認定証

(

)