

介護保険 被保険者証等 再交付申請書

北栄町長 手嶋俊樹 様  
次のおり申請します。

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		
提出代行者 名称			

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒  電話番号		

再交付する認定証	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 介護保険負担限度額認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ( )

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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

## 【申請者についての記載欄】

※申請者が被保険者本人の場合は、氏名のみ記載

申請者 <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 ※該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> チェック	住所 〒	代筆者	住所 〒
	氏名		氏名
	電話番号		申請者との関係
	被保険者との関係		

【代理人の確認書類】（右記に✓チェック）登記事項証明（成年後見人等の場合） 委任状（下記のとおり）

## 【提出代行者についての記載欄】

提出代行者	住所または施設等の所在地	〒	代 行 施 設 等	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名または施設等の名称 (※施設等の場合は担当者名も記載)	TEL ( )		印
	申請者との関係	※施設等による提出代行の場合のみ施設印を押印		

## 【委任状】

委任者（被保険者）		代理人（委任者に代わって手続きをする人）		
住所		住所		
氏名	印	氏名		
生年月日		生年月日		
私は右記の者を代理人とし、介護保険被保険者証等の再交付の申請に関する手続きを委任します。 令和 年 月 日		代理人が施設等の従業員の場合は、所属する事業所名等も以下に記入してください。		
		施設等	所在地	
		施設等	名称	

【北栄町記入欄】 受付者 ( )

被保険者本人の申請		代理人の申請		
個人番号の確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認	被保険者本人の個人番号の確認
個番力（原本・写） 通知力（原本・写） その他( )	個番力 運免 運経 旅券 身体手帳 精神手帳 保険証 その他( )	登記事項証明（成年後見等） 委任状 その他( )	個番力 運免 運経 旅券 身体手帳 精神手帳 保険証 その他( )	個番力（原本・写） 通知力（原本・写） その他( )