

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

長岡市長様

次のとおり再交付を申請します。

		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 ( ) —	

※申請者が被保険者ご本人の場合、申請者住所及び電話番号はご記入不要です。

※申請者と被保険者が異なる場合、下記委任欄の記入及び申請者の本人確認資料(写)を添付ください。

被 保 險 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	年 月 日
	住 所	〒 —	電話番号 ( ) —

再交付する 証 明 書 (○をしてください)	1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. 負担限度額認定証 4. その他 ( )
申請の理由 (○をしてください)	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他 ( )

..... 委 任 欄 .....

私は\_\_\_\_\_は、申請者\_\_\_\_\_を代理人と定め、上記証明書の再交付申請に係る権限を委任します。

委任者氏名 : \_\_\_\_\_ (印)

委任者住所 : \_\_\_\_\_

受 付	発 行