

介護保険被保険者証等再交付申請書

大山崎町長 宛

(喪失届)

次のとおり申請します。

申請者(この申請書を書く人)		申請年月日	令和 年 月 日
氏名		本人との関係 (続柄)	
住所	〒 ー		
<small>申請者が被保険者 本人の場合は不要</small>	電話番号() ー		

被保険者(証の再交付を受ける人)

フリガナ		個人番号	
氏名			
生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 ー		
	電話番号() ー		

証の種類

1 被保険者証	2 負担割合証	3 負担限度額認定証
4 資格者証	5 受給資格証明書	6 その他()

申請理由

1 紛失・焼失(紛失場所:)	紛失日時:)
2 破損・汚損(証の添付が必要)	3 その他()

※ 被保険者本人以外による代行申請の場合、以下に被保険者本人の署名・押印をお願いします。

委任状

介護保険被保険者証等の再交付申請に係る全ての手続きを、

_____に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印