

決 裁	事務局長	次長	保険係長	係
月 日				

電算入力	発行年月日
	資格者証・被保証
	年 月 日

## 介護保険 被保険者証等再交付申請書

紀南介護保険広域連合長様

次のとおり申請します。

認定申請の有無	有・無	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	〒 被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要 電話番号

被 保 険 者	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	1 被保険者証	2 資格者証	3 負担割合証
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
--------	---------------

### 受領委任状

私にかかる介護保険被保険者証・資格者証について諸般の事情により私自身が受け取ることが困難であるため、上記の申請者に受領委任いたします。

令和 年 月 日

委任者氏名

印

申請者が被保険者本人もしくは同居の家族以外の場合は受領委任状欄に記名・押印が必要です