

介護保険 被保険者証等再交付申請書

近江八幡市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	電話番号() -		

注) 申請者が被保険者本人の場合は、申請者欄の「住所」・「電話番号」を記入する必要はありません。

被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	個人番号			
保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	住所	電話番号() -		

※郵送交付の場合、本人もしくは送付先に設定している方のご住所宛に送付します。

再交付する証明書	1 被保険者証 (もえぎ色) 5 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (さくら色) 2 資格者証 (A4) 6 負担割合証 (白色) 3 受給資格証明書 (A4) 7 その他 () 4 負担限度額認定証 (レモン色)
----------	---

- 1 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。
- 2 申請者がケアマネジャーの場合は、居宅介護支援事業所およびケアマネジャー、両方を記名してください。
- 3 被保険者証等の再交付を受けた後に紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに発見した被保険者証等を破棄してください。

委任状

(同一世帯以外の方が申請する場合)

年 月 日

委任者(被保険者) 住所 _____ 氏名 _____

私は下記の者を代理人と定め、介護保険被保険者証等の再交付にかかる手続きに関する一切の権限を委任いたします。

受任者 住所 _____ 氏名 _____

委任者(被保険者)との関係 親族(続柄 ())・ケアマネジャー・その他()

市記入欄	交付方法	受付			受付印
資格者証 (要介護・支援認定申請時) 受給資格証明書 (転出時) <input type="checkbox"/> MCWEL送付先確認 <input type="checkbox"/> MCWEL支援事業者名確認	窓口交付	方 法	本人確認	担 当	
	郵送 その他 ()	窓口 その他 ()	免許証 マイナンバーカード 介護支援専門員証 その他 ()		