

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	明・大・昭 年 月 日
	個 人 番 号			
	フリガナ		性 別	男・女
	氏 名			
	住 所	電話番号() -		

被保険者証等 送 付 先	氏 名	
	住 所	〒 電話番号() -

注) 送付先が住民票と同じ場合は、記入する必要はありません。

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)	
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損(証添付) 3 その他 ()	

委任状

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 ()

第2号被保険者 (40歳以上の65歳未満の医療保険加入者) の方のみ記入

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

- 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、各々押印してください。
- 3 第2号被保険者の場合は、医療保険被保険者証等を提示してください。
- 4 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返還してください。

市記入欄 資格者証 (要介護・支援認定申請時) 受給資格証明書 (転出時) ☐ MCWEL 送付先確認 ☐ MCWEL 支援事業者名確認	交付方法 窓口交付 郵送 その他 ()	受付			受付印
		方 法 窓口 その他 ()	本人確認 免許証 保険証 介護支援専門員証 その他 ()	担 当	