様式第6号

　(表)

**表面の申請者＝裏面の代理人　です。**

必ず裏面の代理人と申請者氏名が合致しているかどうか確認をお願いいたします。

介護保険被保険者証等再交付申請書

記入例

　　(あて先)前橋市長

**申請者がケアマネの場合、住所には所属する事業所名までお書きください。**

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申請年月日 | 令和２年1月10日 |
| 申請者氏名 | 群馬　花子 | 本人との関係 | 担当ケアマネ |
| 申請者住所 | 〒000-0000  前橋市大手町○丁目○番○号　地域包括支援センター  電話番号　000-000-0000 | | |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

**被保険者の個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)をお書き下さい。記入の際は番号確認等を忘れずにしてください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | 個人番号 | 0123456789 |
| フリガナ | ﾏｴﾊﾞｼ　タロウ | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 前橋　太郎 | | | | | | | | | | 生年月日 | Ｓ２０年　１月　１日 |
| 住所 | 〒000－0000  **前橋市朝日町○丁目○番○号**  電話番号　000-000-0000 | | | | | | | | | | | |

**被保険者の住所が裏面の代理人選任届と一致しているかご確認ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する  証明書等 | 1　被保険者証  2　資格者証  3　受給資格証明書  4　認定結果通知書  5　介護保険負担割合証  6　介護保険負担限度額認定証  7　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 請の理由 | 1　紛失・焼失　2　破損・汚損　3　その他(　　　　　　　　　　)  **４０歳から６４歳までの方は必ず最新の医療保険のコピーをお願いいたします。** |

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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

(職員記入欄)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人/代理人確認 | 個人番号確認 | 代理権確認 | 受付 | |
| 写付1 免・個カ・介専・(　　　 )  写無2 保・( 　 　 ) | 個カ・通カ・住票・  市・(　　　　　　) | 委・保・免･  (　　　 　) | 交・認･居・郵･ | / |

様式第6号

**こちらは市の職員が確認のため使います。**

　(裏)

|  |
| --- |
| 令和２年１月１0日  代理人選任届  　　　　　　　　　　　　　　1　被保険者証  　　　　　　　　　　　　　　2　資格者証  　　　　　　　　　　　　　　3　受給資格証明書  　　　　　　　　　　　　　　4　認定結果通知書  　　　　　　　　　　　　　　5　介護保険負担割合証  　　　　　　　　　　　　　　6　介護保険負担限度額認定証  　　　　　　　　　　　　　　7　その他(　　　　　　　　　　　　)  　　(あて先)前橋市長  住所　**前橋市朝日町○丁目○番○号**  **被保険者の住所・氏名**  氏名　　前橋　太郎  **必ず押印。**  　　私は、市役所に出向くことができないので、申請及び交付について、次の者にその権限を委任します。  記  **表面の申請者の住所・氏名**  住所　前橋市大手町○丁目○番○号  地域包括支援センター  代理人  氏名　　　群馬　花子 |