様式第6号

　(表)

介護保険被保険者証等再交付申請書

　　(あて先)前橋市長

　　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 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |

＊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 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 |  |
| フリガナ | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 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歳までの医療保険加入者)のみ記入〔医療保険証のコピー添付〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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

　(裏)

|  |
| --- |
| 年　　月　　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　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　 　　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　　　　　　住所　　　　　　　　　　　 　　　　　代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　 |