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 |