様式第６号（第１５条関係）

# 介護保険被保険者証等再交付申請書

年　　月　　日

豊山町長

次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　別 | 男・女 |
| | 氏　　名 | | | | | |
| | 住所（＊） | 〒<br>電話番号 | | | 被保険者との関係 | |

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| | 氏　　名 | | 性　　別 | 男　・　女 |
| | 住　　所 | 〒<br>電話番号 | | |

| | |
|---|---|
| 再交付する証明書 | １　被保険者証<br>２　資格者証<br>３　受給資格証明書<br>４　負担割合証<br>５　負担限度額認定証 |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　その他（　　） |

＊破損・汚損等の場合は、破損・汚損した保険証等を添付してください。

第二号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

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

| | |
|---|---|
| 委　任　欄 | 私は、被保険者に代わり再交付を申請し、受領後は責任をもって被保険者に証明書をお渡しします。<br>〈申請代理人〉<br>住所<br>氏名　　㊞<br><br>私は、上記の者を代理人として再交付の申請及び証明書受領を委任します。<br>〈被保険者〉氏名　　㊞ |

＊申請代理人の身分証明書（職員証等）を提示願います。