介護保険　被保険者証等交付・再交付申請書

（あて先）南魚沼市長

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　　（　　）		

※申請者の本人確認のため、身分証明書の提示をお願いします。

被保険者	被保険者番号		＊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	
	個人番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		
再交付する証明書		1　被保険者証 2　資格者証 3　受給資格証明書 4　負担限度額認定証 5　負担割合証	申請理由	1　紛失・焼失 2　破損・汚損 3　その他（　　）

▼申請者が本人または同一世帯の家族以外の場合、委任状が必要です。

私は、上記申請者に介護保険被保険者証等の再交付申請の権限を委任します。	
住所	南魚沼市
署名 （本人または同居の家族）	氏　名

確認書類について　①の場合はＩ種類、①の書類ない場合は②の書類が複数必要となります。

確認書類　①	運転免許証・パスポート・個人番号カード・住基カード(写真付き)・身障手帳 在留カード・その他（　　）
確認書類　②	保険証・介護保険被保険者証・年金手帳・年金証書・住基カード(写真なし)・診察券 預金通帳・その他（　　）

窓口処理者