介護保険被保険者証等再交付申請書

福 津 市 長　様

下記のとおり申請します。なお、証の紛失により生じたる損害に対しては、責任を持って賠償に任ずることを誓約いたします。

申請日　　年　　月　　日

申請者	**関　係**	**□本人　□親族（　　）□ケアマネジャー　□その他（　　）** ※本人・親族以外の申請には必ず委任状を添付してください
	氏　名	
	住　所	※被保険者と同一の場合は記入不要
	連絡先	（　　）　　－

被保険者	**被保険者番号**		**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	**〒　　－**		

再交付する申請書	**□　被保険者証　　□　資格者証** **□　負担割合証　　□　負担限度額認定証** **□　その他（　　）**
申請の理由	**□　紛失・焼失　□　破損・汚損　□　その他（　　）**

（確認欄）

□本人による申請	○免許証　○個人番号ｶｰﾄﾞ等　□医療保険証等　□（　　）
□親族による申請	○免許証　○個人番号ｶｰﾄﾞ等　□医療保険証等　□（　　）
□ＣＭ等による申請	○免許証等　◎委任状（本人の証明書は不要）

※　顔写真付の証明書（○）はいずれか１点で確認

※　顔写真のない証明書（□）は医療保険証＋介護保険証等で２点確認

※　親族による申請は本人と代理人（親族）両方の証明書が必要

課長	係長	担当