

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先)寝屋川市長

次のとおり申請します。

被保険者番号	0 0 0 0	申請年月日	平成	年	月	日
個人番号		生年月日				性別
フリガナ		明・大・昭				男・女
被保険者氏名		年 月 日				
被保険者住所	〒 -					
	電話番号 - -					

再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証	2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)のみ記入	
	<input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書	医療保険者名	
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・破損	医療保険被保険者証記号番号	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

申請者 (代理人)	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	住所	〒 -	
		電話番号 - -	

委任の 確認	<p>私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 介護保険被保険者証等再交付申請および被保険者証等の受領に関すること</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">⑩</span></p>
-----------	--

交付方法	確認方法	受付印
<input type="checkbox"/> 郵送 /	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
<input type="checkbox"/> 手渡し	<input type="checkbox"/> 本人・家族( ) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員( ) 事業所名	