

介護保険被保険者証等再交付申請書

長岡市長様

次のとおり申請します。

太ワク線内に記入してください。

申請年月日

年 月 日

申請者氏名		被保険者との関係	
-------	--	----------	--

申請者住所	〒 電話番号		
-------	-----------	--	--

委任通知書	次の者に申請事務を委任します。 委任者（被保険者） ㊞		
	代理人氏名		被保険者との関係
	代理人住所	〒 電話番号	

被保険者番号	
--------	--

個人番号	
------	--

フリガナ		生	明	年	月	日
被保険者氏名		年	大			
		月	昭			
		日				

住所	〒 電話番号		
----	-----------	--	--

再交付する証明書	1 介護保険被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担限度額認定証 5 利用者負担額減額・免除認定証 6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 7 介護保険負担割合証 8 その他 ()
----------	---

申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 未着 4 その他 ()
-------	---

2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	
--------	--	---------------	--

介護保険課処理欄

証発行

審査