様式第3号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険被保険者証等再交付申請書　　　魚沼市長　様　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　　　（　　　）　　　 |
| ＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 | 　 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 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　６　その他（　　　　　　　　　） | 　 |
| 申請の理由 | 　１　紛失・焼失　　２　破損・汚損　　３　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 | 　 | 　 |
| 　 |

受付印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認資料 | 免許証・パスポート・マイナンバーカード・身分証明書・健康保険証・医療受給者証・年金手帳・年金証書その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 交付済□ |

※　同一世帯以外の申請・受領の場合は委任状が必要です。

委　　任　　状

　　　　　　　　　（氏　名）

私は、下記の代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に、

　　　　　　　　　　　　　　　　の再交付申請及び受領を委任します。

　　　年　　　月　　　日

代理人（受取者）

　　住　　所

　　氏　　名

　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　　　）

委任者

　　住　　所　　　魚沼市

　　氏　　名

　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　　　）

※代理人は、本人であることを確認できる顔写真付きのものをご提示ください。