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。