

介護保険被保険者証等再交付申請書

調布市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※注意事項

①同世帯ではない方(同じ住所で住民票が別の方も含まれます)の申請は裏面の委任状が必要

②成年後見人の場合は別添で登記事項証明書が必要

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
	被保険者氏名			
	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. 負担割合証
申 請 の 理 由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()

第2号被保険者(40歳以上65歳未満)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	
--------	--	---------------	--

※申請者が、同世帯ではない方(同じ住所でも住民票が別の方も含む)の場合は、下記の委任状にご記入ください。
※窓口で記入、追記、押印はできません。

委 任 状

私(被保険者)は、介護保険被保険者証等再交付に関し、下記のとおり代理人を定め、次の権限を委任します。

記

1または2に○をつけてください(窓口での○つけ不可)



委任する権限の番号 <u>どちらかに必ず○を</u> つけてください 《注意》 提出時に○のないものは無効	1	『申請』及び『再交付する証明書を受領』する権限
	2	『申請』する権限 ※なお、再交付する証明書は、私（被保険者）の住民登録地（高齢者支援室介護保険担当に送付先変更の届出をしている場合は、その送付先）へ送付してください

委任者 (被保険者)	氏名	Ⓔ
	住所	

代理人 (申請者)	氏名	
	住所	

記入日	年	月	日
-----	---	---	---