

様式第4号（第6条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

那須塩原市長 様

介護保険法第12条第3項の規定による被保険者証の交付を受けたいので、介護保険法施行規則第27条第1項又は第28条の2第4項の規定により、被保険者証等の再交付について、次のとおり申請します。

フリガナ		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		

注1 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号の記載は不要です。

2 申請者の身分を証明できるものを申請時に提示してください。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ									生年月日	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（ ）

委任状	
私は、住所 _____	
氏名 _____	を代理人と定め、上記申請に関することを
委任します。	年 月 日
	住 所 _____
	被保険者氏名 _____ (印)

注 申請者が被保険者本人でない場合は、上記委任状が必要になります。

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--