

介護保険 被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証 再交付申請書

保険者番号 1 7 3 6 1 7

令和 年 月 日

被保険者番号	0 0	個人番号	
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
氏名			
住所	〒929- 石川県河北郡津幡町(字) 電話番号		
被保険者証の送付先住所 (住所と同じ場合空欄で結構です)	〒 電話番号		

再交付理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他()
-------	-----------------------------------

■申請者(本人による申請の場合は記入不要)

氏名		本人との関係	
住所	〒 電話番号		

※本人または同一世帯以外の方が申請する場合は委任状が必要です。

委 任 状

(宛先)津幡町長

令和 年 月 日

私は、介護保険被保険者証等の本再交付申請及びその受領について、下記の者に委任します。

代理人

住所

氏名

委任者

住所 石川県河北郡津幡町(字)

氏名

印

処理欄	本人確認書類	受付担当
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> キャッシュ(クレジット)カード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他()	