

介護保険 被保険者証等再交付申請書

三宅町長 殿

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は、申請者住所の欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号												
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名											性 別	男 ・ 女
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 受給者資格証明書 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	
--------	--	----------------------	--

＊ 申請者が被保険者本人以外の場合は裏面の委任状が必要となります。

委 任 状

三宅町長 殿

私の介護保険被保険者証等の再交付申請及び受領に関する件を下記の代理人に委任します。

【代理人】（窓口へ来られる人）

住 所 : _____

氏 名 : _____

年 月 日

【被保険者】

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

※代理人が窓口へ来られる際は、代理人の身分証明書をご持参ください。