

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 東大阪市長

次のとおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

申請者	本人	氏名			
	代理人	氏名		本人との関係	
	住所	〒 一	電話番号	( )	

(注) 被保険者証等は、原則として郵送いたします。

即日交付を希望される場合は、申請者の本人確認ができる書類が必要です。

なお、申請者が本人または同居の世帯員以外の場合は、委任状(裏面)の記入が必要です。  
法定代理人による申請の場合は、登記事項証明書等の写しも必要です。

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
	氏名		性別	男 • 女
	住所	〒 一	電話番号	( )

再交付する証明書	1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. 資格者証 4. 受給資格証明書 5. 認定等結果通知書 6. 負担限度額認定証 7. その他( )
申請の理由	1. 紛失・焼失 2. 破損・汚損 3. その他( )

以下の欄は市の事務処理用ですから、記入しないでください。

申請者確認	1. 運転免許証 2. マイナンバーカード(個人番号カード) 3. パスポート 4. 資格確認書 5. 介護支援専門員証 6. その他( )					受付印
交付方法		送付先	点検	証印字	証情報確認 (印字前)	受付者
1. 郵送 発送日( / ) 2. 手渡し		1. 有 2. 無				

## 委任状

私は、介護保険 被保険者証等の再交付申請・受領について

代理人\_\_\_\_\_に委任いたします。

令和 年 月 日

住所

---

氏名

---

※必ず委任者（依頼する人）が自署してください。