

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(宛先) 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	〒 — 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が必要です。

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			
	住所	〒 — 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. 健康保険証 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。