

記入例

○をつけてください。

介護保険 { 被保険者証
負担割合証 } 再交付申請書

氷見市長 林 正之 へ
次のとおり申請します。

			申請年月日	令和 3年 4月 1日	
申請者	氏名	氷見 太郎		被保険者との関係	子
	住所	〒935-0025	電話番号	74-8066	
		氷見市鞍川 1060 番地			

※申請者が被保険者本人の場合は、住所欄の記載は不要です。

被保険者	被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	個人番号												
	フリガナ	ヒミ ハナコ				性別	生年月日						
	氏名	氷見 花子				男	<input checked="" type="radio"/> 女	明治・大正	<input checked="" type="radio"/> 昭和	10年 7月 1日			
	住所	〒935-0017	電話番号		74-8067								
		氷見市丸の内 1 番 1 号											

申請の理由 1 紛失・焼却 2 破損・汚損 3 その他 ()

※氷見市使用欄

処理欄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> その他 (郵送のみ)			受付・確認	
	即日交付	申請者 確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		被保険者 代理権 確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
郵送	月 日 郵送				
備考					

再交付に関する委任状

※即日交付希望で被保険者本人の保険者証等代理権の確認できるものがない場合のみ記載してください。

注

委任状

代理人（申請者）

住所

氷見市鞍川 1060 番地

氏名

氷見 太郎

本人との関係

子

私は上記の者を代理人と定め、介護保険 被保険者証・負担割合証 再交付申請書について、その権限を委任します。

令和 2 年 4 月 1 日

被保険者（本人）

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

住所

富山県氷見市

丸の内 1 番 1 号

氏名

氷見 花子



※氏名は本人が自署してください。その場合は、押印不要です。

本人が自署不能のため代筆した場合は上記に押印するとともに、代筆者の氏名を下記に記載してください。

代筆者氏名

氷見 太郎

本人との関係

子