|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険　被保険者証等再交付申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 東吾妻町長　中澤　恒喜　様  次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | 令和　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・電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 被　保　険　者 | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | | |  |
| ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭  年　　月　　日 |
| 被保険者  氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | 男　・　女 |
| 住　所 | | | 〒  　　群馬県吾妻郡東吾妻町大字  電話番号　　　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 再交付する証明書 | | | １ | | 被保険者証　　　　　　　４負担限度額認定証 | | | | | | | | | | | | | |  |
| ２ | | 受給資格証明書 | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | | 負担割合証 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 | | | １　紛失・焼失　　　２　破損・汚損　　　３　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ２号被保険者のみ記入（４０歳から６４歳の医療保険加入者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 医療保険者名 | |  | | | | | | | | 医療保険被保険者証番号 | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**委　任　状**

東吾妻町長　様

委任者　　住所　吾妻郡東吾妻町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地

　　　　　　氏名

　　　　　　（本人が署名してください。

下記の者を代理人と定め、　・介護保険被保険者証　　　　　　　　の交付について一切の

　　　　　　　　　　　　　・介護保険負担割合証

　　　　　　　　　　　　　・介護保険負担限度額認定証

権限を委任いたします。

代理人　　住所

**氏名**