|  |
| --- |
| **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**