様式第６号（第６条関係）

# 介護保険 被保険者証等再交付申請書

女川町長　様

次のとおり申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者氏名 | 印 | 申請年月日 | 年　月　日 |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号 | | |
| 代理人氏名 | | 本人との関係 | |
| 代理人住所 | 〒<br>電話番号 | | |

※代理人とは、同居の家族または３親等以内の親族とする。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | フリガナ | | 被保険者番号 | |
| | 被保険者氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | 個人番号 | | 性　別 | 男　・　女 |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | |

| | |
|---|---|
| 再交付する証明書 | １　被保険者証　　２　資格者証　　３　受給資格証明書 |
| 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（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |

※被保険者以外の申請の場合は、郵送により交付します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者確認欄 | □　住所<br>□　生年月日 | □　電話番号 | | |
| 代理人確認欄 | □　免許証・パスポート<br>□　身分証明書<br>□　年金証書・年金手帳<br>□　老人医療受給者証 | □　その他の医療保険者証<br>□　預金通帳・キャッシュカード<br>□　介護保険被保険者証<br>□　その他　（ | | |
| 処理欄 | □　破損または汚損した被保険者証の添付<br>□　紛失した被保険者証の返還（　　年　　月　　日） | | | |
| | 交付 | 本人・介護者の確認 | 担当者 | 備　考 |
| | □　即日<br>□　郵送<br>（　　月　　日） | □　電話　（　　月　　日）<br>□　その他<br>（　　） | | |