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	〒 電話番号		
代理人氏名		本人との関係	
代理人住所	〒 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	年　月　日
	個人番号		性別	男　・　女
	住所	〒 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　４（　　）
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 □ 生年月日	□ 電話番号		
代理人確認欄	□ 免許証・パスポート □ 身分証明書 □ 年金証書・年金手帳 □ 老人医療受給者証	□ その他の医療保険者証 □ 預金通帳・キャッシュカード □ 介護保険被保険者証 □ その他　（　　）		
処理欄	□ 破損または汚損した被保険者証の添付 □ 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 □ 郵送 （　月　日）	□ 電話　（　月　日） □ その他 （　　）		