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		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 被保険者氏名		被保険者番号	
			生年月日	明・大・昭　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　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（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 （　　）		