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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |

次のとおり申請します。

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