

別記様式第2号(第3条関係)

介護保険 被保険者証等交付・再交付申請書

湯沢町長 様
次のとおり申請します。

	申請年月日	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、申請者の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	個人番号		被保険者 番 号	
	フリガナ		生年月日	M・T・S 年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号		

新規交付	<input type="checkbox"/> 被保険者証		
再 交 付	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> その他 []	申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 []

※該当する項目□にレ印をつけてください。

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	
--------	--	---------------	--

私は、以下の者を代理人と定め、介護保険被保険者証等の再交付等に関する権限を委任します。

代理人 住所 _____

氏名 _____

委任者 住所 _____

氏名 _____