

飯 田 市 長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

[illegible]

再交付する 証 明 書	<div><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</div> <div><input type="checkbox"/> 負担割合証</div> <div><input type="checkbox"/> 負担限度額認定証</div> <div><input type="checkbox"/> その他（種類： _____ ）</div>
申請の理由	<div><input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他(_____)</div>

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

窓口に来た人の 氏 名		本人との 関 係	
窓口に来た人の 住 所	〒 電 話 番 号		

本人 ・ 代理人	身元 確認	一号書類（1点で可） 個力・免・身・介専 他（ ）	二号書類（2点） 介・各種受給証 他（ ）	（左記と組合せ） 学証・社証・ 診 他（ ）	開取り確認事項	法人の場合 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証	確認者 ／
	番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載証明事項			代理 確認	<input type="checkbox"/> 法定（戸・住・成後・他 ） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類（ ）	