

介護保険 被保険者証等再交付 申請書

飯田市長
次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号								個人番号								
	フリガナ								生年月日	明・大・昭 年 月 日							
	氏名																
	(署名又は記名押印)								性別	男・女							
	住所								電話番号								

再交付する 証明書	<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"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> その他 (種類:)
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()

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

窓口に来た人と被保険者が違う場合のみ下記の欄へご記入下さい。

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				

※飯田市記入欄

本人 代理人	身元 確認	一号書類(1点で可) 個別・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 □登記事項証明 □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"/> 個人番号記載住民票・記載証明事項		<input type="checkbox"/> 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()		