

飯 田 市 長
次のとおり申請します。

[illegible]

再交付する 証 明 書	☐ 被保険者証 ☐ 資格者証 ☐ 受給資格証明書 ☐ 負担割合証 ☐ 負担限度額認定証 ☐ その他（種類： _____ ）
申請の理由	☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他(_____)

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・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	☐ 個人番号カード ☐ 保有特定個人情報 ☐ 通知カード ☐ 住基検索 ☐ 個人番号記載住民票・記載証明事項			代理 確認	☐ 法定（戸・住・成後・他 ） ☐ 委任状 ☐ 本人の一号/二号書類（ ）	