

様式第 4 号

介護保険被保険者証等再交付申請書

豊田市長 様

次のとおり申請します。

		届出年月日	令和	年	月	日	
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者本人					被保険者との続柄
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ					電話番号 ()

被保険者	個人番号																				→被保険者本人の状況が、認知症等で意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難な場合等は個人番号の記載は必要ありません。その場合は右のチェック欄にレ点を記入してください。	チェック欄		
	被保険者番号																					<input type="checkbox"/>		
	氏名																		生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	住所																		性別	男 ・ 女				

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 5 減免証 (負担限度額 ・ 特定負担 ・ 利用者負担 ・ 旧措置利用者負担 ・ 社会福祉法人)
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()

第 2 号被保険者のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者記号番号	
--------	--	--------------	--

【委任欄】 (被保険者本人以外が手続きする場合は記入)

豊田市長 殿

私は、上記申請者を代理人と認め、被保険者証等再交付に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者

(被保険者)

氏名

代筆者氏名

委任者との関係 ()

※処理欄

申請者	1点確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> ()
本人確認	2点確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療等の資格確認書 <input type="checkbox"/> ()