介護保険　被保険者証等再交付申請書

（宛先）御所市長

次のとおり申請します。

提出代行者	名　称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・親族）	申請年月日	年　月　日
			本人との関係	
	住　所	〒 電話番号		

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	被保険者氏名		性別	男　・　女
	住　所	〒 御所市 電話番号		

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　負担限度額認定証 5　特定負担限度額認定証 6　社会福祉法人等利用者負担減免確認証 7　利用者負担額減額・免除認定証 8　負担割合証
申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

確認書類	被保険者	□医療保険者証　□被保険者証　□委任状　□その他（　　）
	代行者	□医療保険者証　□運転免許証　□介護支援専門員証　□その他（　　）