介護保険被保険者証等再交付申請書

宗像市長　あて

次のとおり再交付をお願いします。

なお、万一証の不正使用等により、貴市に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴市に一切迷惑をかけないことを誓約いたします。

申請日　令和　年　月　日			個人番号	
被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		生年月日	大・昭　年　月　日
			性別	男・女
	住所	電話番号		

申請者		
	関係	□本人　□親族　□ケアマネジャー　□その他（　　） ※本人、親族以外の第三者が申請する場合には、必ず委任状を添付してください。
	氏名	
	住所	（※被保険者と同一の場合は記入不要） 電話番号

再交付する証明書	1．被保険者証
	2．資格者証
	3．負担限度額認定証
	4．負担割合証
	5．その他（　　）
申請の理由	1．紛失・焼失　2．破損・汚損　3．その他（　　）

受領者署名	

●宗像市記入欄（※記入不要）

被保険者確認	□要介護認定（有・無）　□負担限度額認定（有・無）　□委任状（有・無）		
申請者確認写し	□運転免許証　□資格確認書　□マイナンバーカード　□その他（　　）		
備考		担当者サイン	