

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		明・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（ ）

●宗像市記入欄（※記入不要）

2010. 4. 1

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 ☐ 医療保険証 ☐ その他（ ）		
備考		担当者 サイン	

受領者署名		
-------	--	--