

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										0	0
	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