

様式第4号

介護保険被保険者証等再交付申請書

摂津市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ( )		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																		
	フリガナ																	生年月日	年 月 日																				
	氏名																																						
	住所	〒																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 負担割合証 5 負担限度額認定証																																					
	申請の理由	1 紛失・滅失 2 破損・汚損 3 住所変更 4 その他 ( )																																					

次の欄は、2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者 記号・番号	
--------	--	-------------------	--

【委任状】（被保険者本人・親族・成年後見人以外の申請の場合ご記入ください）

摂津市長様

年 月 日

私（被保険者）は、上記申請者を代理人と定め、被保険者証等再交付申請・受領に関する権限を委任いたします。

委任者（被保険者） \_\_\_\_\_

※以下市役所使用欄

受 付	□窓口 □郵送			確認書類			
	受付者：			□個人番号カード □パスポート			
発 行 者	発行日	交付日/送付日	担当者	A	□運転免許証・運転経歴証明書□障害者手帳		
	1			1	□介護支援専門員証 □職員証		
	2			点	□その他 ( )		
	3			B	□介護保険被保険者証 □介護保険関係書類		
	4			2	□医療受給者証 □生活保護受給者証		
5			点	□その他 ( )			

決 裁 欄	課長	課長代理
	係長	係員