様式第６号

介護保険　被保険者証等再交付申請書

（宛先）所沢市長

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、申請者住所及び電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大正 昭和　年　月　日
	被保険者氏名			
	住所	〒 電話番号　（　　）		

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

※　受取が被保険者本人、本人と同居の家族、送付先設定者、法定後見人等以外の場合のみ記入

私（被保険者）は、上記により申請した証明書の受取を下記の者に委任します。

委任者　住所：

氏名：　　㊞

記

受任者　住所：

氏名：

注：郵送により申請するときは、左欄に記入しないでください。

申請者確認書類	写真付き１点	マイナンバーカード・運転免許証・介護支援専門員証・パスポート ・その他（　　）		
	写真なし２点	資格確認書（健康保険）・年金手帳・介護保険（証・割・限） ・その他（　　）		
受付者サイン		処理日・サイン	（窓口・郵送）	