介護保険被保険者証等再交付申請書

（あて先）桐生市長

次のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

申請者	氏　　名		申請年月日	年　　月　　日
			本人との関係	
	住　　所	〒　　電話番号		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	明･大･昭　年　月　日
			性　　別	男　・　女
	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（　　）
申請の理由	1 紛失・焼失　2 破損・汚損　3 その他（　　）

＊ 1 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所、電話番号の記入は不要です。

（市使用欄）

個人番号の確認ができない場合、理由を以下から選択

1．持参していない　2．紛失　3．同意なし　4．遠方の家族が預かっている　5．その他（理由：　　）

委　　任　　状

年　　月　　日

（あて先）桐生市長

委　任　者 （本　人）	住　所	
	氏　名	印

私は、つぎの者に、介護保険に関する申請をし、書類を提出することを委任いたします。

受　任　者 （窓口に来る人）	住　所	
	役職名	
	氏　名	

注意事項

１．委任状は必ず委任者（頼む人）本人が自署してください。
　自署できない場合は記名押印が必要です。

２．受任者（窓口に来る人）の本人確認のため、顔写真付きの身分証明書等が必要になります。