様式第７号（第７条関係）

課長	副課長	係長	係

介護保険被保険者証等再交付申請書

伊万里市長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名	印	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	年　月　日			
	氏　名	印					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　資格者証 3　受給資格証明書
申請の理由	1　紛失・焼失　　2　破損・汚損　　3　その他（　　）

第 2 号被保険者(40 歳から 64 歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

私は下記の者を代理人と定め、申請書の提出及び上記の証明書の受取りを委任します。

（委任者氏名）

代理人氏名		事業者名	
住　所	市　町　番地		

申請内容の確認等のために住民基本台帳法に基づく住民票等を調査されることを承諾します。

本人氏名　　㊞

（代筆者氏名　　㊞）

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・その他（　　）
番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住基または標準システム