

# 記入例

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 **3年1月10日**

申請者氏名	<b>所沢 一郎</b>	本人との関係	<b>長男</b>
申請者住所	〒 <b>359-0000</b> <b>所沢市並木1-1-1-1</b> 電話番号 <b>090 (0000) 0000</b>		

※ 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

被保険者番号	<b>100 × × × × × × × ×</b>	個人番号	
フリガナ	<b>トコロザワ ヒバリ</b>	生年月日	大正 <b>昭和00年00月00日</b>
被保険者氏名	<b>所沢 ひばり</b>		
住所	〒 <b>359-0000</b> <b>所沢市並木1-1-1-1</b> 電話番号 <b>04 (0000) 0000</b>		

この申請書を記入する方です。

番号がわからないときは、空欄で結構です。

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 ( )	1～4の再交付が必要な証書に丸を付けてください。
申請の理由	<b>①</b> 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：  
  
受任者 住所：  
氏名：

記

### 【注意】

郵送による申請（受取）の場合は、左の欄には記入しないでください。  
ご本人様の住所（またはあらかじめ届け出た送付先）に郵送します。  
(記入された場合でも、ご本人様に郵送しますのでご了承ください。)

市記入欄：  送付先へ郵送