

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 〒 (電話番号) | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | 医療保険者住所 | |
| 医療保険者番号 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
| 本人扶養区分 | 本人・扶養・その他 | 資格取得年月日 | 年 月 日 |

| | |
|----------|---|
| 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 6 その他() |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他() |

八幡浜市長様
上記のとおり、申請します。
年 月 日

被保険者署名 _____

代筆者署名 _____ (続柄)

提出者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

| | | | |
|-----------------------|----------|--------|--|
| 提出者氏名 (事業所名及び担当者名) | | 本人との関係 | |
| 提出者住所 (事業所所在地) | 〒 (電話番号) | | |

(注)本人、親族又は法定代理人以外の者が提出する場合は、委任状が必要です。ただし、提出者が介護事業者で「介護サービス事務手続き等に関する同意書」で同意を得ている場合は、委任状は不要です。

(市記入欄)

| | |
|---------|--|
| 書類確認 | <input type="checkbox"/> 委任状(本人、親族又は法定代理人以外の者が提出する場合) <input type="checkbox"/> 介護サービス事務手続き等に関する同意書 |
| 提出者確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 施設等職員証 <input type="checkbox"/> その他() |