

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()