介護保険　被保険者証等交付(再交付)申請書

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。

※太線の枠内をお書きください。

			申請年月日	年　月　日
被保険者	フリガナ		個人番号	
	氏名		被保険者番号	0 0 0 0
			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　4 その他 2 資格者証　(　　) 3 負担割合証	申請の理由	1 紛失・焼失　4 その他 2 破損・汚損　(　　) 3 未着

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険加入状況	被保険者証記号番号		被保険者(世帯主)氏名	
	介護保険被保険者の医療保険資格取得日		本人(介護保険被保険者)との関係	
	保険者番号		保険者名	

申請者が本人以外の場合のみ記入

申請者氏名	(フリガナ)	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

〈事務局処理欄〉

番号確認	□ 個人番号カード □ 住民票 □ その他 (　　)	身元確認	1点	□ 個人番号カード □ 運転免許証 □ 障害者手帳 □ その他 (　　)	2点	□ 介護保険証 □ 健康保険証 □ 資格確認書 □ 年金手帳 □ その他(　　)	確認者印

備考						収受印
受付		保険証交付	窓口・郵送	処理日		