

介護保険 被保険者証等交付(再交付)申請書

武藏野市長 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	申請の理由	1 紛失・焼失	4 その他
	2 資格者証	()		2 破損・汚損	()
	3 負担割合証	()		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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()	身元確認	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	2点	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認者印
備考							受 受 印
受付		保険証交付	窓口・郵送	処理日			