

# 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	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	身 元 確 認	1 点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	2 点	<input type="checkbox"/> 介護保険証	確 認 者 印
	<input type="checkbox"/> 住民票			<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 資格確認書	
	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> 年金手帳	
	( )			<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	
備考							収 受 印
受付		保険証交付	窓口 ・ 郵送	処理日			