

書き方見本

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。

被保険者番号が分からない場合は空欄でかまいません。

※太線の枠内をお書きください。

申請年月日		年 月 日	
フリガナ	○○ △△	個人番号	
被保険者	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	〒180-0012 武蔵野市緑町2-2-28		必要となる理由の番号に○をつけてください
	電話番号	0422-60-1845	
必要な書類等の番号に○をつけてください			
(再)交付する証明書の種類	①被保険者証 ②資格者証 ③負担割合証 ④その他	申請の理由	①紛失・焼失 ②破損・汚損 ③未着 ④その他

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	医療保険被保険者と介護保険被保険者との関係を書いてください。
	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	長女
申請者住所	〒180-0012 武蔵野市緑町2-2-28		電話番号 0422-60-1845

〈事務員加処理欄〉

※個人番号を記入された方は下の①②両方の書類の写しを添付してください。

〈番号確認のため〉

①個人番号カード、住民票(個人番号の記載があるもの)等、番号が確認できるもの1点

〈身元確認のため〉

②個人番号カード、運転免許証、障害者手帳、旅券等のうち1点

又は、介護保険証、医療保険証、年金手帳、市民カード、公共料金の領収書、住民票等のうち2点

(個人番号カードは①②の両方を満たします。「個人番号カード」の(表)(裏)両面の写しを添付してください。)