

介護保険 被保険者証等(再)交付申請書

記入例

八王子市長 殿

被保険者証番号は負担割合証再交付の場合に記入してください。

申請日 令和 2 年 6 月 26 日

八王子市介護保険条例施行規則第2条、

被 保 険 者	ハチオウジ タロウ		生年月日		
	ハ王子 太郎		明大 ^昭 30年 1月 1日		
	042-620-3111		性別	男・女	
	被保険者証番号	XXXXXXXXXX (10桁)			
	個人番号	RRRRRRRRRR (12桁)			
	八王子市元本郷町3-24-1				

交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 受給資格証明書	申	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損
	<input checked="" type="checkbox"/> 負担割合証	個人番号は被保険者証、負担割合証の交付の場合に記入してください。※不明な場合は記入不要です。		

申請者	<input type="checkbox"/> 本人(以下記入不要) <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人()			
	住所	八王子市元本郷町3-24-1		
	氏名	電話番号	042-620-3111	

以下の欄は2号被保険者(40歳から64歳の間にのみ記入(保険証のコピーも添付))

本人および世帯員の方からの申請で、身分確認ができた場合は窓口で交付できます。それ以外の方からの申請であれば郵送での交付になります。	任状その他	個	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード
職員記入欄			
備考欄			
担当者			
確認①	確認②	介護保険課処理欄	