

介護保険 被保険者証等(再)交付申請書

記載例

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 年 月 日

氏名、及び八王子市介護保険条例施行規則第2条、

第3条に基づき申請します。

住所	八王子市元本郷町3-24-1		
氏名	ハチオウジ タロウ	生年月日	
氏名	八王子 太郎	生年月日	明(大) 10 年 1 月 1 日
電話番号	個人番号※不明な場合は記入不要です。		
被保険者証番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
個人番号	R R R R R R R R R R R R R R R R	(12桁)	

交付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書	申請	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損
	<input type="checkbox"/> 負担割合証		

本人および世帯員の申請で、身分確認ができた場合は窓口交付可能。それ以外の方からの申請は郵送交付。

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	八王子 花子	電話番号	042-620-3111

以下の欄は2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(保険証のコピーも添付)

医療	記号
----	----

2号被保険者の場合は医療保険加入状況の確認が必要なため、医療保険証のコピーを求めてください。(窓口交付・郵送交付共に)

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	身元確認 顔写真入り1点確認。 その他2点確認。 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(1) <input type="checkbox"/> 運転免許証(1) <input type="checkbox"/> 保険証(2) <input type="checkbox"/> 介護保険証(2) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(1) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示なし	代理権 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示なし	個人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示なし
---	---	---	--

備考欄				受付印
担当者	介護課	福石北由加川恩元南由由浅	社 館大木	
確認①	確認②	介護保険課処理欄		