

# 介護保険 被保険者証等(再)交付申請書

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

4項、及び八王子市介護保険条例施行規則第2条、

被 保 険 者	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	明大 昭 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			
個人番号	(12桁)			

本人および世帯員からの申請は、本人確認ができた場合、窓口交付が可能です。それ以外の方からの申請は、委任状があり且つ本人確認ができた場合、窓口交付が可能です。

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人(以下記入不要) <input 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 40 歳から 64 歳の 2 号被保険者のみ記入(医療保険の加入が確認できる書面の写しを添付)

医 療 保 険 者 名	記 号	
	番 号	

以下は、事務処理欄(記入不要)

被保険者証番号	
備 考	<p>2号被保険者(40歳~64歳)の方は医療保険加入状況の確認が必要なため、医療保険証の写しを添付してください。 マイナ保険証の場合は高齢者福祉課介護保険料担当にご連絡ください。</p>
担当者	介 20 南 石 北 由 加 川 恩 元 南 由 由 浅 館 大 木 護 番 口 川 野 井 住 口 方 八 沢 東 木 川
確認①	確認② 高齢者福祉課処理欄