

# 介護保険 被保険者証等(再)交付申請書

八王子市長 殿

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

介護保険法施行規則第27条第1項、第28条の2第4項、及び八王子市介護保険条例施行規則第2条、第3条の規定に基づき申請します。

被 保 険 者	住所													
	フリガナ										生年月日			
	氏名	明大昭									年 月 日			
	電話番号										性別		男・女	
	被保険者証番号	(10桁)												
	個人番号	(12桁)												

交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書		申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損
	<input type="checkbox"/> 負担割合証 ※ 原則として、申請日が適用期間中のものを再交付します。毎年8月更新のため新しい割合証を7月に郵送しています。郵送した新しい割合証を紛失した場合のみ、適用期間より前に再交付できます。 ( <input type="checkbox"/> 更新後の割合証を希望 )			<input type="checkbox"/> その他 ( )  <input type="checkbox"/> 2号交付

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		
	氏名		電話番号

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)

医療保険者名	記号	
	番号	

以下は、事務処理欄です(記入不要)

被保険者証番号												
<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	
<input type="checkbox"/> 交付(手渡し) <input type="checkbox"/> 郵送(介護課)												
備考欄											受付印	
担当者	介福南石北由加川恩元 横南由由浅 社 館 大木 護課 口川野井住口方八 山沢東木川											
確認①	確認②	介護保険課処理欄										