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			
	被保険者証番号		（１０桁）	
	個人番号		（１２桁）	

交付する証明書	□ 被保険者証　□ 資格者証　□ 受給資格証明書 □ 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。 (□更新後の割合証を希望)	申請理由	□ 紛失　□ 破損　□ 汚損 □ その他 (　　) □ 2号交付

申請者	□本人(以下記入不要)　□世帯員　□代理人(　　)			
	住 所			
	氏 名		電話番号	

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、事務処理欄です(記入不要)

被保険者証番号							
□本人 □世帯員 □代理人	本人確認	顔写真入り１点確認 その他２点確認 □個人番号カード(1) □運転免許証(1)□保険証(2) □介護保険証(2)　□資格確認書(2) □介護支援専門員証(1) □その他（　　） □提示なし	代理権	□委任状 □その他 (　　) □提示なし	個人番号確認	□個人番号カード □通知カード □その他 (　　) □提示なし	
□交付（手渡し） □郵送（介護課）							
備 考 欄							受付印
担当者		介護 20 番 南 石 北 由 加 川 恩 元 館 南 由 由 浅 大 木 沢 東 木 川 口 川 野 井 住 口 方 八					
確認①	確認②	高齢者福祉課処理欄					