

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

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。

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) 10年 1月 1日
	電話番号	042 - 620 - 3111	
	被保険者証番号	X X X X X X X X X X (10桁)	個人番号

交付する証明書

被保険者証  受給資格証明書 申  紛失  破損  汚損

負担割合証 ※原則毎年郵送により送付(口書)

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

本人(以下記入不要)  世帯員  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歳の医師)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。

郵送(介護保険課)

備考欄

担当者

職員記入欄

確認① 確認② 介護保険課処理欄