

介護保険 被保険者証交付申請書

(宛先) 幸田町長
次のとおり申請します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係
申請者住所	〒	電話番号

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号									個人番号										
	フリガナ										生年月日	大正・昭和 年 月 日								
	被保険者氏名										性別	男 ・ 女								
	住所	〒																		電話番号

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

* 2号被保険者の被保険者証交付申請者用

※幸田町確認欄

提出	身元確認
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 <b style="text-align: center;">代理権の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ()	
<b style="text-align: center;">個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類 (通知カード等)	