**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **提出** | **身元確認** |
| □本人　□代理　□代行　□郵送 | □個人番号カード  □運転免許証  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| **代理権の確認** |
| □介護保険被保険者証  □書面（　　　　　　　　　　　　） |
| □介護保険被保険者証　　※２点以上  □介護保険負担割合証  □介護保険負担限度額証  □健康保険被保険者証  □後期高齢者医療被保険者証  □その他（　　　　　　　　　　　） |
| **個人番号の確認** |
| □個人番号カード  □番号確認書類（通知カード等） |

※幸田町確認欄