

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先) 岡 崎 市 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・電話番号は記入不要

| | | | | |
|------------------|--------|--------|------|-------------|
| 被 保 険 者 | 個人番号 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明 年 大 月 昭 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 | |
|--------|--|---------------|--|

記入不要(市処理欄)

| 番号確認 | 個人番号カード | 通知カード | 住民票の写し | オンライン |
|------|----------------------|------------------|------------------|---------------------|
| 申請者 | 本人 法定代理人 任意代理人 | 登記事項証明書 同居家族 | 委任状 | 本人の被保険者証等 その他() |
| 身元確認 | 写真有1点 写真無2点 | 運転免許証 介護被保険者証 | 障害者手帳 医療被保険者証 | その他() |
| 受渡方法 | 窓口交付 | 自宅(転送先)へ郵送 | | 確認者 |