

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 ☐ 登記事項証明書 ☐ 任意代理人 ☐ 同居家族 ☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証等 ☐ 介護支援専門員証・職員証 ☐ その他（ ）		
身元確認	写真有1点 ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他（ ） 写真無2点 ☐ 介護被保険者証 ☐ 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	