

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	介護 太郎	本人との関係	長男
申請者住所	〒444-8601 電話番号 23-6646 岡崎市十王町二丁目9番地		

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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	フリガナ	カイゴ イチロウ	生年月日	明・大・昭 50年3月4日
	被保険者氏名	介護 一郎	性別	男・女
	住 所	〒444-8601 電話番号 23-6646 岡崎市十王町二丁目9番地		

医療保険者名	岡崎市国民健康保険	医療保険被保険者証記号番号	1234-5678
--------	-----------	---------------	-----------

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	