

介護保険 被保険者証・証明書等 交付申請書

受付印

加古川市長 様

次のとおり申請します。

被保険者番号	0000
被保険者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所	郵便番号 (〒 —) 電話番号 ()

申請者氏名		被保険者との関係	本人の
申請者住所	郵便番号 (〒 —) 電話番号 () ※申請者と被保険者が同一である場合は「同上」で可		
交付申請する証明書等	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 介護保険料額決定(変更)通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険料納付済額のお知らせ(平成 年分) <input type="checkbox"/> その他 ()		

《注意事項》 本人または住民票上で同一世帯の家族で、手続きに来られた方の本人確認ができる場合は、窓口にて交付できますが、それ以外の場合はすべて郵送での交付となります。

加古川市処理欄

交付	窓口・郵送	本人確認	免許証・保険証・パスポート その他 ()
郵送の発送日	年 月 日	確認NO.	
発送者		確認者名	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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