

介護保険被保険者証等（新規・再）交付申請書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	個人番号												
	被保険者番号	0	0	0									
	フリガナ						生年 月日	年 月 日					
	氏名						性別	男 ・ 女					
	住所												
	電話番号												

交付する証書	1.被保険者証 2.負担割合証 3.介護保険負担限度額認定証 4.社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 5.資格者証
交付申請の理由	1.新規    2.紛失・焼失    3.破損・汚損    4.その他

※代理人の場合のみ記入

申 請 者	氏名			続柄	
	住所				
	電話番号				

※第2号被保険者のみ記入（40～64歳）

記号番号		保険者名	
加入日		証有効期限	

職員使用欄	受付印
本人確認 1点： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ） 2点： <input type="checkbox"/> 保険証（介・国・後・健） <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
代理人本人確認 1点： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ） 2点： <input type="checkbox"/> 保険証（介・国・後・健） <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
代理権確認 ： <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 ： <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
再交付方法 ： <input type="checkbox"/> 窓口手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他（ ）	