

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：□運転免許証 □個人番号カード □その他（ ） 2点：□保険証（介・国・後・健）□年金 □その他（ ）	
代理人本人確認 1点：□運転免許証 □個人番号カード □その他（ ） 2点：□保険証（介・国・後・健）□年金 □その他（ ）	
代理権確認 ：□委任状 □登記事項証明書 □本人の被保険者証 ：□同一世帯人 □送付先人 □その他（ ）	
再交付方法 ：□窓口手渡し □郵送 □その他（ ）	