

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