

《注意点》

申請の際には、申請者と来庁者(代理人)の本人確認ができるものをご用意ください。

個人番号を記入される場合には、個人番号がわかるものをご用意ください。

介護保険 被保険者証等 (交付・再交付) 申請書

柏崎市長 様

申請者は、被保険者本人です。

次のとおり申請します。

申請者氏名	柏崎 花子	申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
申請者住所	〒945-〇〇〇〇 柏崎市〇〇1-2-3	本人との関係	本人
電話番号02357-0000-0000			

被保険者番号、個人番号が不明のときは空欄で構いません。

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0		
	フリガナ	カシワザキ ハナコ		電話番号02357-0000-0000
	氏名	柏崎 花子		
	住所	〒945-〇〇〇〇 柏崎市〇〇1-2-3		

交付・再交付する証明書	① 被保険者証 4 負担割合証 2 資格者証 5 利用者負担額減額・免除(等)認定証 3 受給資格証明書 6 負担限度額認定証(食費・居住費等)
申請の理由	① 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

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