

## 介護保険被保険者証等交付申請書

(宛先) 福岡市 区長

次のとおり介護保険被保険者証等の交付を申請します。

申請年月日	年 月 日										※個人番号欄は、「被保険者証」の交付を申請する場合のみ記入してください。											
被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所											(電話番号)										

※申請者欄は、申請者が本人の場合は記入・押印の必要はありません。

※代理で交付申請をする場合は委任状が必要です。(同一世帯の親族は除く。)

申 請 者	フリガナ											本人との 関係											
	氏名												印										
	住所												(電話番号)										
提出代行者 氏名(事業所名)												(電話番号)											

交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証
	<input type="checkbox"/> 負担割合証

第2号被保険者は、以下も記入してください。

医療保険者名											医療保険者番号																				
医療保険被保険者証 記号及び番号										記号											番号										

以下は記入しないでください。

受 付 印	個人番号カード提示	有・無													
	個人番号確認書類提示	有・無	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送												
	個人番号システム確認済	<input type="checkbox"/>	代理権の確認												
	身元確認書類		<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族												
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証												
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証		<input type="checkbox"/> 書面 ( )												
<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		課長	係長	担当者	受付										
<input type="checkbox"/> 介護保険料決定通知書															
<input type="checkbox"/> 年金手帳															
<input type="checkbox"/> その他 ( )															