

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	令和 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	明・大・昭 年 月 日			
	氏名									
	住所									
<small>※申請者欄は、申請者が本人の場合は記入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。)</small>										
申 請 者	フリガナ					本人との 関係				
	氏名									
	住所									
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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送				
	個人番号確認書類提示	有・無	代理権の確認				
	個人番号システム確認済	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証				
	身元確認書類		<input type="checkbox"/> 書面 () <input type="checkbox"/> 認定申請に伴う被保険者証交付				
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険料決定通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
			課長	係長	担当者	受付	

※認定申請に伴う被保険者証交付受付の場合は、「代理権の確認」は不要です。