

(様式第77号)

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	明・大・昭	年	月	日						
	氏名												性別	男	・	女							
	住所																						
※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。)																							
申請者	フリガナ												本人との関係										
	氏名																						
	住所												(電話番号)										
提出代行者 氏名(事業所名)																							

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			
	身元確認書類		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証			
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 書面()			
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証		<input type="checkbox"/> 認定申請に伴う被保険者証交付			
<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"/> 介護保険負担割合証						
<input type="checkbox"/> その他()						

※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。