

介護保険被保険者証交付申請書

東三河広域連合長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との続柄	
申請者住所	〒 電話番号()		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	フリガナ		個人番号												
	氏名		生年月日												
	住所	〒 電話番号()													

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

※被保険者の医療保険被保険者証の写しを添付してください。

●窓口処理欄（以下は記入しないでください）

申 請 者	確認書類	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	
		2点	<input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険関連証書(保・割・限) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	
	確認方法	<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)		
代 理 権 ※	確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者の健康保険証 <input type="checkbox"/> 被保険者の介護保険被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状※原本添付 <input type="checkbox"/> 後見等登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 後見等審判確定証明書 <input type="checkbox"/> その他()		
	確認方法	<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)		
交付方法		<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送		

※申請者が本人の場合、代理権の確認は不要