

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	年月日
	住所	〒 電話番号()		

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

※被保険者の医療保険の資格情報が確認できるものを提示してください。

●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"/> 医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 介護保険関連証書(保・割・限) <input type="checkbox"/> 年金手帳又は基礎年金番号通知書 <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:)	
代理権※	確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者の医療保険の資格情報が確認できるもの <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