

介護保険 被保険者証等（再）交付申請書

神戸市

区長 あて

次のとおり届出し、(再)交付を申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
フリガナ		被保険者番号	000
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	— —
被保険者住所			

(再)交付を申請する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証
	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> その他()
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 2号申請
	<input type="checkbox"/> 破損・汚損	<input type="checkbox"/> その他()

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ、記入してください。

医療保険者名		記号		番号	
医療保険者番号		事業者名(社保の場合)			

別紙のとおり(医療保険証のコピーを添付される方は、記入を省略可)

※申請者が被保険者本人以外の場合のみ、記入してください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号	— —

※区役所の窓口で証明書を受領する場合のみ、記入してください。

本日確かに申請にかかる証明書を受領しました。	令和 年 月 日
(受領者署名)	

神戸市処理欄						証交付: 窓口・郵送(/)	受付印
受付	本人確認	入力	証交付	保険確認(2号)	旧証回収(再交付)		
						決裁日: 令和 年 月 日	
(備考)						上記のとおり処理いたしたく(伺)	
			課長	係長	担当	窓口・郵送	