

介護保険

被保険者証交付申請書(第2号被保険者用)

(あて先) 仙台市区長

| | |
|-------|-------|
| 個人番号 | |
| 申請年月日 | 年 月 日 |

※太わくの中をご記入ください。
 ※この申請には医療保険者証が必要です。

| | | | | |
|------------------|------|------------------|-------|--------|
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 電話番号 () | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 (西暦) | 年 月 日 | 性別 男・女 |

| | | | |
|---------|--|----|--|
| 医療保険者名 | | 記号 | |
| 医療保険者番号 | | 番号 | |

| | | | |
|----------------------------------|---|-------|----------|
| 窓口 に 来 ら れ た 方 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 | 代理人氏名 | 被保険者との関係 |
| | | 代理人住所 | 電話番号 () |

※家族以外の代理の方が申請を行う場合は委任状が必要です。
 ※家族であっても、個人番号の記載された当該申請を行う場合は、被保険者本人の介護保険被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

| 処 理 欄 | | | |
|----------|--|--|--|
| 受付年月日 | | | |
| 資格取得年月日 | | | |
| 医療保険者証確認 | <input type="checkbox"/> 保険者証 <input type="checkbox"/> その他 | 本被区分 | |
| 外国人登録確認 | <input type="checkbox"/> 登録証 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 被保険者証 | 証番号 | | |
| | 発行区分 | <input type="checkbox"/> 即日(確認) <input type="checkbox"/> 郵送(. . .) | |
| 備考 | <input type="checkbox"/> 番号確認 (個人番号カード・通知カード・住民票) <input type="checkbox"/> 身元確認 (運転免許証・被保険者証・その他) | | |

| 決 裁 欄 | | |
|-------|----|----|
| 課長 | 係長 | 係員 |
| | | |

| | |
|---|--|
| 収 | |
| 受 | |