

介護保険 被保険者証等（再）交付申請書

次のとおり届出し、(再)交付を申請します。

お住いの区を記入して
ください

神戸市 中央 区長 あて

申請年月日 令和 5 年 4 月 1 日

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0001234567
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	
生年月日	明・大 昭 15 年 1 月 1 日	電話番号	078-331-8181
被保険者住所	神戸市中央区加納町6丁目5番1号		

わからなければ、
記入不要です

(再)交付を申請する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 2号申請
	<input type="checkbox"/> 破損・汚損	<input type="checkbox"/> その他()

破損・汚損の場合は被保険者
証等を同封してください

※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	介護 花子	本人との関係	妻
申請者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	電話番号	078-331-8181

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