

# 介護保険被保険者証等交付申請書

受付印

加古川市長 様

次のとおり申請します。

被保険者番号	000	個人番号	
被保険者氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月 日
住 所	郵便番号 (〒 — )		
	電話番号 ( )		

<input type="checkbox"/> 申請者は下記のとおり		<input type="checkbox"/> 申請者は上記被保険者と同一	
申請者氏名		被保険者との関係	本人の
申請者住所	郵便番号 (〒 — )		<input type="checkbox"/> 被保険者と同一
	電話番号 ( )		

交付申請する証明書等	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証
再発行理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ( )

《注意事項》 本人または住民票上で同一世帯の家族で、手続きに来られた方の本人確認ができる場合（免許証等の顔写真付き公的書類一点または保険証等の顔写真なし公的書類二点）は、窓口にて交付できますが、それ以外の場合はすべて郵送での交付となります。

加古川市処理欄

交 付	窓口・郵送	本人確認	免許証・個人番号カード・パスポート その他 ( )
郵送の発送日	年 月 日	確認 NO.	
発送者		確認者名	