

介護保険被保険者証交付申請書

鹿児島市長 殿

次のとおり申請します。

	申 請 年 月 日	令 和 年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係
申請者住所	〒	
	電話番号	— —

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所の欄の記入は不要です。

※代理で交付申請をする場合は委任状が必要です。(同一世帯の親族は除く。)

被 保 険 者	個人番号										
	フリガナ										
	被保険者氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住 所	〒									
	電話番号	— —									

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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

鹿児島市処理欄 (申請者が記載する必要はありません)

受付	照合		<input type="checkbox"/> 本人 (<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> オンライン) <small>→代理権 確認</small> <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等() <input type="checkbox"/> 使者	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード [*] <input type="checkbox"/> 通知カード [*] <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示が困難 ()	1 点 2 点	本人または代理人の身元確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード [*] <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 情報提供NWS 確認済						

<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 (年 月 日)		
---	--	--

委任状

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

私の介護保険被保険者証の交付申請及び受領について、下記の代理人に委任します。

<代理人> (窓口へ来られる方)

住所

氏名

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年

月

日

<被保険者> (委任される方)

住所

氏名

印

※自署以外の場合は押印が必要です

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年

月

日

※代理人が窓口へ来られる際は、代理人の本人確認ができるもの（運転免許証等）をご持参ください。