

〈更新申請書記入例〉

※医療保険者情報、個人番号情報は空欄でも申請書の提出は可能です。

第2号被保険者(40~64歳)の方は、なるべく医療保険者名をお書きください。

【本人確認書類】

写真表示のあるもの(個人番号カード、運転免許証など)は1点提示。

写真表示のないもの(介護保険証、医療保険証または資格確認書、国民年金手帳など)は2点提示。

【番号確認書類】

個人番号カード、通知カードなど

要介護の方は、「要介護更新認定」
要支援の方は、「要支援更新認定」を
マルで囲ってください。

個人番号(マイナンバー)を記入いただく際本人確認・番号確認が必要となります。本人確認書類・番号確認書類の写しを裏面に貼付してください。

申請年月日		年	月	日
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号		
医療保険 被保険者名	被保険者番号			
フリガナ	記号		番号	枝番
氏名	日野 花子		生年月日	昭和●年 10月10日
住所	〒191-0016 日野市神明1-12-1		性別	男・女
電話番号	000-000-0000			
要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 XX年 2月1日 から XX年 1月31日 転出元自治体(市町村)名 [] ※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ記入 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ			
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入所	介護保険施設等の名称等・所在地 (例)〇〇病院、特別養護老人ホーム〇〇 XX年8月1日～ 年 月 日 介護保険施設等の名称等・所在地 年 月 日～ 年 月 日			

申請者名をご記入ください。
居宅介護支援事業所等が提出を代行する場合は、事業所名・担当者名をご記入ください。

入院・入所の場合は、必ず施設名、入院・入所日をご記入ください。

主治医意見書を依頼する病院・主治医の氏名を必ず記入してください。

入院中の方は入院先の病院、施設入所中の方で施設医がいればお書きください。

※必ず医師の主治医意見書作成の同意を得てください。

直近で受診歴がないと作成不可となる場合がございます。

提出代行者	名 称	日 野 二 郎		
	住 所	〒191-0016 日野市神明1-12-1 電話番号 042-000-0000		
主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	神明クリニック
	所 在 地	〒191-0016 日野市神明〇-〇-〇 電話番号 042-000-0000		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ

第2号被保険者(40～64歳)の方は、特定疾病名を記入してください。添付書類については裏面をご確認ください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、利用者負担割合、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、日野市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示すること、また、更新申請に限り、申請から３０日以内に認定がされない場合、認定有効期間内であれば認定延期通知を省略することに

☒ 同意します。 ☐ 同意しません。

お読みになり必ずチェックしてください

必要事項を記入のうえ、日野市 健康福祉部 介護保険担当宛てに返送してください。

※ご本人の状態を確認するため、認定調査員が訪問します。ご本人が住所以外の居住地（ご家族の住所や施設）で生活している場合は記入してください。

居住地	〇〇〇県△△市●●町1-1-1	日野 三郎宅
電話番号	000-1234-5678	

施設に入所中、または病院に入院中の場合には施設名（病院名）、電話番号を記入してください。

※屋間に必ず連絡がつくところを記入してください。
調査員が伺う際に、日程等の調整のためのご連絡をさせていただきます。

連絡先	氏 名	日野 桜子	続柄	子	調査時の同席を	☒ 希望する ☐ 希望しない
	住 所	〇〇〇県△△市●●町1-1-1				連絡先は必ずご記入ください。

下記のA・B・C いずれかの組み合わせで、
マイナンバー（個人番号）の確認ができるものの写しと本人確認ができるものの写しをお貼りください。

40～64歳の方はこちらもご確認いただき、
必要場合は資格確認書または有効な健康保険証の写しを添付してください。

※個人番号等の確認を行うための書類の写しを貼付願います。
※第2号被保険者（40～64歳）で、下記にあてはまる場合はチェックしてください。

☐ マイナ保険証を保有し、健康保険証として利用登録している。
（マイナンバーを用いた情報連携にて、医療保険の加入関係を確認させていただきます。）

あてはまらない場合は、「資格確認書」または有効な健康保険証のコピーをお貼りください。

マイナンバー（個人番号）が確認できるもの	本人確認ができるもの
A マイナンバー（個人番号）カードの裏面の写し	マイナンバー（個人番号）カードの表面の写し
B マイナンバー通知カード の写し	介護保険保険証・負担割合証・有効な健康保険証または資格確認書 （いずれか2点）
C マイナンバー通知カード の写し	障がい者手帳など顔写真付の証明書（いずれか1点）の写し

市記入欄

調査票	☐ 依頼済み	意見書	☐ 依頼済み
個人番号確認			
身元確認		番号確認	
写真あり1点	写真なし2点		