介護保険被保険者証等交付申請書

（あて先）日野市長　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

申請者	申請者氏名		被保険者との関係	
	住所	〒　　－ 電話番号		

被保険者	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ										性別	男　・　女	
	被保険者氏名										生年月日	明・大・昭　　年　月　日	
	住所	〒　　－ 電話番号											

交付する証明書	□ 被保険者証　□ 資格者証 □ 負担割合証　□ 受給資格者証 □ 負担限度額認定証

申請の理由	□紛失・消失　□破損　□その他（　　）			
	□二号交付（40歳から64歳の医療保険加入者）※医療保険証の写しを添付してください。			
	医療保険者名		記号番号	

◆市使用欄　※以下の欄には記入しないでください。

（1）受付

受付	□窓口 □郵送	申請者	□本人　□同世帯員　□代理人　□成年後見人等	交付方法	□窓口 □郵送

（2）本人確認

必須 ※窓口にて手渡す場合	申請者の本人確認	
	一点提示 □個人番号カード　□パスポート □運転免許証　□運転経歴証 □その他（　　）	二点提示 □介護被保険者証　□健康保険証 □介護保険負担割合証　□年金手帳 □その他（　　）
個人番号記載の場合	被保険者の個人番号確認	
	□個人番号カード（両面）　□通知カード（番号記載面）	
	被保険者の本人番号確認	
	一点提示 □個人番号カード　□パスポート □運転免許証　□運転経歴証 □その他（　　）	二点提示 □介護被保険者証　□健康保険証 □介護保険負担割合証　□年金手帳 □その他（　　）

（3）代理権等の確認

代理人	□委任状　※原本の添付必須
成年後見人等	□登記事項証明書　※写しの添付必須

（4）受付・発行確認

受付者		発行者		確認者		交付年月日	年　月　日
宛名登録	登録日		登録者		確認者		備考

※身元確認書類については、「日野市戸籍及び住民基本台帳に係る届出、請求等の本人確認に関する事務取扱要綱」の「戸籍法に係る届出及び請求の際に提示させる書類」に準ずる。