

記入例 (第2号被保険者)

交付します。	年	月	日
介護保険事業担当課	保健福祉センター・支所		
課長	係長	係	係長 係

※ 太枠内のみ記入してください。

介護保険被保険者証 交付申請書 (第2号被保険者)

尼崎市 長 あて

申請年月日		令和X年XX月XX日		
申請者	氏名	尼崎 太郎	被保険者との関係	本人
	住所	申請者が被保険者が本人の場合、申請者住所・電話番号の記入不要 電話番号		

- ・申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。
- ・申請者が居宅介護支援事業者等の場合、委任状が必要です。

被保険者番号	1 0 0 X X X X X X X	個人番号	
被保険者	フリガナ	アマガサキ タロウ	
	氏名	尼崎 太郎	生年月日 昭和XX年XX月XX日 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	住所	尼崎市西難波町X-X-X 電話番号 06-XXXX-XXXX	
	医療保険証種別	保険者名及び保険者番号	名称 尼崎市 番号 280032
		被保険者証記号番号	記号 - 番号 XXXXXXXX
	要介護認定申請の有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	

代理権確認		申請者確認	
1. 委任状	1点確認	個・免・旅・手・他()	2. 通知カード
2. 登記事項証明書			
3. 本人確認書類 保(国・社・後・介)年金・診・ キヤ・ル・通帳・他()	2点確認	保(社・国・後・介)年金・ 診・キヤ・ル・通帳 他()	3. 住民票等
			4. その他()

第2号被保険者の被保険者証交付申請には、医療保険証の資格確認が必要です。医療保険証(コピー可)をお持ちください。

申請者の本人確認書類が必要です。