

□証作成済 □証未作成



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		
課長	係長	係	受付	係長	係(受付)	

※太枠内のみ記入してください。

(第2号被保険者) 介護保険被保険者証交付申請書

尼崎市 長 あて

		申請年月日	西暦・令和	年	月	日
申請者	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	
	住所	<input type="checkbox"/> その他()				
		(電話番号)				

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

被保険者番号		個人番号					
被保険者	フリガナ	西暦・昭和				性別	
	氏名	生年月日	年 月 日			男・女	
	住所	(電話番号)					
	医療保険証種別	保険者名及び保険者番号 (名称)		(番号)			
		被保険者証記号番号 (記号)		(番号)			
医療保険種別確認内容		<input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 確認できず					
要介護認定申請の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

※上記記載の医療保険種別の記載内容を確認する上で、マイナンバーを用いた行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19号第8号の規定に基づく情報照会及び同法第22条第1項の規定に基づく情報提供について、尼崎市が閲覧することについて同意します。

～以下行政記載欄～

交 付 確 認			
代理権確認	申請者確認	番号確認	
1. 委任状 2. 登記事項証明書 3. 本人確認書類 保(国・社・後・介)年金・診 キャ・クレ・通帳・他()	1点 確認	マイ・免・旅・手 他()	1. マイナンバーカード 2. 通知カード 3. 住民票等 4. その他()
	2点 確認	保(国・社・後・介)年金 診・キャ・クレ・通帳 他()	

2024. 12. 02