

介護保険

被保険者証交付申請書(第2号被保険者用)

(あて先) 仙台市区長

個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
申請年月日	令和元年5月13日										

※太わくの中をご記入ください。  
 ※この申請には医療保険者証が必要です。

被 保 険 者	フリガナ	カイゴ タロウ									
	氏名	介護太郎									
	住所	仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 電話番号 022(214)5225									
	生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> (西暦)	10年	10月	10日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女				

医療保険者名	〇〇〇〇〇〇	記号	△△△△
医療保険者番号	12345	番号	6789

窓口 に 来 ら れ た 方	<input type="checkbox"/> 本人	代理人氏名 介護花子	被保険者との関係 妻
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	代理人住所 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 電話番号 022(214)5225	

※家族以外の代理の方が申請を行う場合は委任状が必要です。  
 ※家族であっても、個人番号の記載された当該申請を行う場合は、被保険者本人の介護保険被保険者証、健康保険証の原本、又は委任状等が必要となります。

処 理 欄			
受付年月日	. . .		
資格取得年月日	. . .		
医療保険者証確認	<input type="checkbox"/> 保険者証 <input type="checkbox"/> その他	本被区分	
外国人登録確認	<input type="checkbox"/> 登録証 <input type="checkbox"/> その他		
被保険者証	証番号		
	発行区分	<input type="checkbox"/> 即日(確認 ) <input type="checkbox"/> 郵送( . . . )	
備考	<input type="checkbox"/> 番号確認(個人番号カード・通知カード・住民票) <input type="checkbox"/> 身元確認(運転免許証・被保険者証・その他)		

決 裁 欄		
課長	係長	係員

収	
受	