

介護保険

被保険者証等 交付 申請書



(宛先) 長野市長

申請日

令和 年 月 日

再交付

2号証申請

被保険者番号

\_\_\_\_\_

被保険者 (申請者)

個人番号

住 長野市

所

アパート名等

電話

( )

氏名

フリガナ

生年月日

明大昭

交付する  
証明書

1:介護保険被保険者証 2:資格者証  
3:負担割合証

再交付  
の理由

1:紛失・焼失 2:破損・汚損  
3:その他( )

医療保険

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入の方)のみ記入してください。

医療保険者

資格取得日

. .

被保険者名

国民健康保険  
社会保険事務所  
健康保険組合

保険者番号

\_\_\_\_\_

記号

番号

申請代理人

被保険者本人が申請した場合、記入する必要はありません。

住

所

アパート名等

電話

( )

氏名

フリガナ

被保険者との関係

確認

被保証  
回収  
  
未回収

入力  
/

証発行  
/ 郵送

届出人の本人確認書類

1点で可(写真つき) 2点以上(写真なし)  
運転免許証 介護保険証  
マイナンバーカード 医療保険証  
その他( ) その他( )

備考

受付者

介護保険課 扱  
 支所 扱

太ワク内の項目を記入してください