

介護保険 資格者証等(再)交付申請書

次のとおり届出し、(再)交付を申請します。

お住いの区を記入してください

神戸市 中央 区長 あて

申請年月日 令和 5 年 4 月 1 日

| | | | |
|--------|--------------------|--------|--------------|
| フリガナ | カイゴ タロウ | | |
| 被保険者氏名 | 介護 太郎 | 被保険者番号 | 0001234567 |
| 生年月日 | 明・大 昭 15 年 1 月 1 日 | 電話番号 | 078-331-8181 |
| 被保険者住所 | 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 | | |

わからなければ、記入不要です

| | | |
|---------------|--|---|
| (再)交付を申請する証明書 | <input type="checkbox"/> 資格者証 | <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 |
| | <input type="checkbox"/> 受給資格証明書 | <input type="checkbox"/> その他() |
| 申請の理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 | <input type="checkbox"/> 年齢到達(または適用除外施設退所)前の事前申請 |
| | <input type="checkbox"/> 破損・汚損 | <input type="checkbox"/> その他() |

破損・汚損の場合は被保険者証等を同封してください

※65歳未満で、年齢到達(または適用除外施設退所)前の事前申請をされる方は、記入してください。

| | | | | | |
|---------|--|-------------|--|----|--|
| 医療保険者名 | | 記号 | | 番号 | |
| 医療保険者番号 | | 事業者名(社保の場合) | | | |

別紙のとおり(医療保険証のコピーを添付される方は、記入を省略可)

※申請者が被保険者本人以外の場合のみ、記入してください。

| | | | |
|-------|---|--------|--------------|
| 申請者氏名 | 介護 花子 | 本人との関係 | 妻 |
| 申請者住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ | 電話番号 | 078-331-8181 |

※区役所の窓口で証明書を受領する場合のみ、記入してください。

| | |
|------------------------|----------|
| 本日確かに申請にかかる証明書を受領しました。 | 令和 年 月 日 |
| (受領者署名) | |

| | | | | | | | |
|--------|------|----|-----|----------|-----------|---|-----|
| 神戸市処理欄 | | | | | | 証交付: 窓口・郵送(/) 起案日: 令和 年 月 日 決裁日: 令和 年 月 日 上記のとおり処理いたしたく(伺) | 受付印 |
| 受付 | 本人確認 | 入力 | 証交付 | 保険確認(事前) | 旧証回収(再交付) | | |
| | | | | | | | |
| (備考) | | | | | | | |
| | | | 課長 | 係長 | 担当 | 窓口・郵送 | |
| | | | | | | | |