

【記入例】

様式第9号(第2条関係)

- ※ 医療保険の被保険者証を必ずお持ちください。
- ※ 申請者は、本人であることを確認できるもの(写真付きの公的機関発行の身分証明書1点または左記がない場合2点)を提示してください。
- ※ 本人以外の代理人が申請する場合は、被保険者の委任状又は申請書下部の被保険者欄に署名・押印が必要です。

介護保険 被保険者証交付申請書

(宛先)高松市長
次のとおり申請します。

包括・事業所申請の場合は、窓口に来た方の氏名を記載。住所は記載不要。

申請者の氏名	高松 花子	申請年月日	令和 〇年 〇月 〇日
申請者の住所	〒 761 - 0017 (この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です。) 高松市番町一丁目8番15号		
提出代行者の名称 所在地・電話番号	被保険者の個人番号が確認できる書類 (個人番号カードまたは通知カードまたは個人番号が記載された住民票等)を提示してください。 電話番号(087) 839 - 2326		

被 保 険 者	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	職権確認	
	フリガナ	タカマツ タロウ		
	氏名	高松 太郎		生年月日 明・大・昭 36年7月15日 性別 男・女
	住所	〒 761 - 0017 高松市 番町 一丁目 8番 15号 電話番号(087) 839 - 2326		

医療 保険者名	高松市国民健康保険	医療保険被保険者証等 の記号番号	香川1 1234567
医療保険 加入日	昭 平 令 5年4月1日	医療保険被保険者証等 の有効期限	令和2年3月31日 扶養区分 本人・扶養

個人番号 確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他()			
申請者 確認欄	1点 確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. 身体障害者手帳等 4. 介護支援専門員証 5. その他()		
	2点 確認	1. 介護被保険者証 2. 医療保険証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他()		

確認者の印またはサイン()

- 注 1 申請の際は、医療保険被保険者証等を提示してください。
2 要介護認定又は要支援認定を受ける場合は、介護保険要介護認定・要支援認定の申請を別に行ってください。
3 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。

委任状が無い場合、この欄に被保険者の署名・押印が必要です。

私は上記の申請者を代理人と定め、介護保険者証の交付を委任します。

被保険者



介護保険 被保険者証交付申請書

(宛先)高松市長

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者の氏名		被保険者との関係	
申請者の住所	〒 ー (この欄は、申請者が被保険者の場合は記入不要です。)		
	電話番号() ー		
提出代行者の名称・所在地・電話番号	該当するものに○ (地域包括支援センター・事業所)		

被 保 険 者	個人番号		職権確認	
	フリガナ			
	氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
		性別	男・女	
住所	〒 ー 高松市 電話番号() ー			

医療 保険者名			医療保険被保険者証等 の記号番号		
医療保険 加入日	昭和 平成 令和	年 月 日	医療保険被保険者証等 の有効期限	年 月 日	扶養 区分 本人・扶養

個人番号 確認欄	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 個人番号が記載された住民票等 4. その他()				
申請者 確認欄	1点 確認	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. 身体障害者手帳等 4. 介護支援専門員証 5. その他()			
	2点 確認	1. 介護被保険者証 2. 医療保険証 3. 介護保険納入通知書 4. 長寿手帳 5. 包括・事業所の職員証 6. その他()			

確認者の印またはサイン()

- 注 1 申請の際は、医療保険被保険者証等を提示してください。
2 要介護認定又は要支援認定を受ける場合は、介護保険要介護認定・要支援認定の申請を別に行ってください。
3 申請者は、本人であることを確認できるものを提示してください。

私は上記の申請者を代理人と定め、介護保険者証の交付を委任します。

被保険者