

介護保険 被保険者証等再交付

記入例

(宛先) 小金井市長

次のとおり申請します。

番号が不明のときは、空欄でお願いします。

被 保 険 者	個人番号								
	被保険者番号								
	フリガナ	コガネイ ハナコ			生年月日	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭			
	被保険者氏名	小金井 花子				3年 4月 5日			
					性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>			
住 所	〒 ×××-××××			電話番号	×××-××××				
	小金井市前原町3-41-15								

再交付する 証明書	再交付する証明書の該当番号に○してください。
--------------	-------------------------------

申請の理由	申請の理由の該当番号に○してください。
-------	----------------------------

申請者氏名	申請書を記入する方の氏名、本人との関係、住所、電話番号をご記入ください。
申請者住所	

* 申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

2号保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	該当する場合のみ記入してください。
--------	--------------------------

この申請項目は、電子計算組織に記録されます。

申請者の本人確認書類（写真付公的証明書以外は2点確認）
免許証・住民基本台帳カードB（写真付）・個人番号カード（写真付）・健康保険証 年金手帳・診察券・学生証・写真付資格証明書・その他（ ）

小金井市記入欄				担当者
身分証の確認	有・無	被保険証の交付	未・済	