

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(/)	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)			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)
(備考)									
						窓口・郵送			