

介護保険 資格者証・受給資格証明書等 交付申請書

神戸市 区長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

※申請者が被保険者本人の場合、申請者記入欄は記載不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒	電話番号	()

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
性別	男・女	住所	〒
		電話番号	()
(再)交付を申請する 証明書	1.資格者証 2.受給資格証明書 3.負担限度額認定証 4.社会福祉法人軽減確認証	申請の理由	1.2号申請 2.紛失 3.破損・汚損 4その他()

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		記号		番号	
医療保険者番号		事業所名(社保の場合)			

受け取り欄

本日確かに申請に係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

申請の種類 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 継続						異動年月日	令和 年 月 日
2号	受付	医療保険	個人番号	入力	証交付	住基・外登個人番号	
再交付	受付	旧証回収	入力	本人確認	新証交付		
継続	受付	旧証回収	入力	証交付			

公開の状況

公開 部分公開 非公開

情報公開条例第10条第 号に該当

分類 17・04・04・02

保存 1 年

上記のとおり処理いたしたく(伺)

課長 係長 係

起案日: 令和 年 月 日
決裁日: 令和 年 月 日