介護保険 被保険者証等(再)交付申請書↓ 被保険者証番号は負担割合証再 申請日平 令和 交付の場合に記入してください。 及び八王子市介護保険条例施行規則第2条、 第3 づき申請します。↩ 八王子市元本郷町3-24-1 被 ハチオウジ タロウ 生年月日↩ 明大昭~10 保 八王子 太郎 年 月 日 険 個人番号※不明な場合は記入不要です。 者 証番号↩ 個人番号₽ (12桁) ₽ 交 口 被保険者証 □ 資格者証 □ 受給資格証明書□ 由 □ 紛失 □ 破損 □ 汚損 ↔ □ 負担割合証← 本人および世帯員の申請で、本人確認ができた場合は窓口 交付可能。それ以外の方からの申請は郵送交付。 口本人(以下記入不要) 口世帯員 口代埋人(《八王子市元本郷町3-24-1 住 所∈ = 1 042 - 620 - 3111 ハモ子 花子 氏 名↩ 以下の欄は 40 歳か 吸の2号被保険者のみ記入(医療保険の加入が確認できる書面の写しを添付)~ 記号母 医 療」 2号被保険者の場合は医療保険加入状況の確認が必要なため、医療 保険証のコピーを求めてください。(窓口交付・郵送交付共に) マイナ保険証の場合は介護保険課保険料担当にご連絡ください。 □介護支援専門員証(1)↓ 確 □郵送 (介護課)← 蒙 □その他(権 □提示なし 備考 欄出 南由由浅 介福南石北由加川恩元 館 大 木 介護保険課処理欄栏

┙