



交付します。			年	月	日
介護保険事業担当課			保健福祉センター・支所		
課長	係長	係	係長	係	

※ 太枠内のみ記入してください。

介護保険被保険者証 交付申請書 (第2号被保険者)

尼崎市 長 あて

	申請年月日	年 月 日
申請者	氏名	被保険者との関係
	住所	電話番号

- ・申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記入は不要です。
- ・申請者が居宅介護支援事業者等の場合、委任状が必要です。

被保険者番号		個人番号		
被保険者	フリガナ	生年月日	性別 男・女	
	氏名	年 月 日		
	住所	電話番号		
	医療保険証種別	保険者名及び保険者番号	名称	番号
		被保険者証記号番号	記号	番号
要介護認定申請の有無		あり	なし	

交付確認			
代理権確認	申請者確認		番号確認
1. 委任状 2. 登記事項証明書 3. 本人確認書類 保(国・社・後・介)年金・診・ キャ・ル・通帳・他()	1点 確認	個・免・旅・手・ 他()	1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票等 4. その他()
	2点 確認	保(社・国・後・介)年金・ 診・キャ・ル・通帳 他()	