

介護保険証明書交付申請書

長岡市長様

次のとおり申請します。

太ワク線内に記入してください。

		申請年月日	年	月	日
証明を必要とする人の氏名	年 度 分				
証明を必要とする人の住所	〒 電話番号	1	被保険者証明書	通	
		2	資格取得証明書	通	
		3	資格喪失証明書	通	
		4	介護保険料納付証明書	通	
		5	賦課額証明書	通	
		6		通	
委任通知書	私は、次の者に証明書交付の申請事務を委任します。（委任者） ㊟				
	代理人氏名				
	代理人住所	〒 電話番号			

交付件数	手数料
件	円

長岡市処理欄

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--

被保険者番号										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

承認印	係印