

マイナポータル画面

| 資格情報 | |
|---------------------|------------------------|
| 区分 | 性別 |
| --- | --- |
| 記号 --- | 資格取得年月日 ----年--月--日 |
| 番号 --- | 一部負担金の割合 |
| 枝番 --- | 被保険者氏名又は世帯主氏名 --- |
| フリガナ --- | 本人・家族の別 --- |
| 氏名 --- | 保険者番号 --- |
| 生年月日 ----年--月--日 | 保険者名 --- |



介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

該当するものに○⇒《 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入 》

受付印

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

| 次のとおり申請します。 | | 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------------------|-------|-------|--------------|
| 被保険者番号 | 0 0 0 | 個人番号 | |
| 被 医療 保 険 | 保険者名 | 保険者番号 | |
| | 被保険者証 | 記号 | 番号 |
| 保 | 氏 名 | 生年月日 | 明治 八 営 年 月 日 |
| | | 性 別 | 男・女 年齢 歳 |

(余白に)
広域太郎 確認

第一号被保険者の方においても、
医療保険情報はこれまで通り記載は必要です。

第二号被保険者の方については、医療保険情報を記載した第
三者による余白へのサインが必要です。