

記入例（更新申請）

個人番号（マイナンバー）を記入
分からない場合は、記入不要

次のとおり申請します。

申請年月日

○年 ○月 ○日

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| 介護保険 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | 個人番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | |
| 医療保険 被保険者 記号・番号 | 保険者名 | 埼玉県後期高齢者医療広域連合 | | |
| | 記号 | 番号 | 000000 | 枝番 |
| フリガナ | フジミノ ハナコ | | 生年月日 | 昭和12年3月4日 |
| 氏名 | ふじみ野 花子 | | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 住所 | 〒356-8501 ふじみ野市福岡1-1-1 | | | 電話番号 049-000-0000 |
| 前回の要介護 認定の結果等 | ※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分 1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 | 要支援状態区分 1 2 | |
| | ※14日以内に他自治体 から転入した者のみ 記入 | 転出元自治体(市町村)名 [| 有効期限 令和○年○月○日 | 令和○年○月○日 |
| 過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間 | | |
| <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 | 〒 | | | |
| | 介護保険施設等の名称等・所在地 | 期間 | | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | | |
| | 〒000-0000 ふじみ野市○○町○○-○○ △△病院 | ○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日 | | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | 期間 | | |
| | 〒 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |

加入している医療保険の名称等を記入
医療保険によっては、記号・枝番がない場合があります。

前回の要介護認定の結果・有効期間を記入

過去6か月以内に入院、施設入所等があった場合は記入

| | |
|-------------|---|
| 提出代行者 名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） ふじみ野 太郎（長男） |
| 住所 | 〒0000-0000 ふじみ野市○○町○○-○ 電話番号 03-000-0000 |

本人以外の方が申請する場合は提出代行者を記入
（家族提出の場合も記入してください。）

| | | | | |
|-----|--------|-----------------------------|-------|-------------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | ふじみ野 一郎 | 医療機関名 | △△病院 |
| | 所在地 | 〒0000-0000 ふじみ野市○○町○○-○○ | 電話番号 | 04-000-0000 |

現在、定期的に受診している医療機関の主治医（フルネーム）

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

| | |
|-------|--|
| 特定疾病名 | |
|-------|--|

介護保険被保険者証をお持ちの場合は、
申請時に提出してください。

第2号被保険者（40～64才まで）が申請する場合、
介護保険の対象となる特定疾病名を記入

申請書の氏名欄の上に記載されている
内容に同意される場合、被保険者の署名
をお願いします。

本人氏名

ふじみ野 花子