

様式第3号(第9条関係)

介護保険被保険者証交付申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	㊦	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ( )		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	フリガナ		性別	生年月日
	被保険者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
			個人番号	
住所	〒 電話番号 ( )			

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

備考 申請者が第2号被保険者の場合は、医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証を提示してください。