

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり申請します。

		申請年月日	○年○月○日
申請者氏名	広域 太郎	被保険者との関係	夫
申請者住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1 電話番号 ( 052 ) 689 - 2262		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0001234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	コウイ ハナコ	生年月日	昭和12年 3月 12日
	氏名	広域 花子	性別	男・女
	住所	〒476-0003 東海市荒尾町西廻間2番地の1 電話番号 ( 052 ) 689 - 2262		

※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

(医療保険者番号) 医療保険者名		医療保険被 保険者証記号番号	—
---------------------	--	-------------------	---

課長		補佐	係長	係

課付課長		受付者