

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。