

# 介護保険 被保険者証交付申請書

隠岐広域連合長 様

次のとおり申請します。

|       |           |        |          |
|-------|-----------|--------|----------|
|       |           | 申請年月日  | 令和 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 印         | 本人との関係 |          |
| 申請者住所 | 〒<br>電話番号 |        |          |

\* 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

|                  |      |   |      |             |
|------------------|------|---|------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |   | 個人番号 |             |
|                  | 氏 名  |   | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
|                  | 住 所  | 〒 | 性 別  | 男 ・ 女       |

|        |                      |
|--------|----------------------|
| 医療保険者名 | 医 療 保 険<br>被保険者証記号番号 |
|--------|----------------------|