様式第２号（第４条関係）

介護保険　被保険者証交付申請書

　　　魚津市長　　　　　あて

　　次のとおり介護保険被保険者証の交付を申請します。

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

＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | 男・女 |
| 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　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。