

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。