様式第３号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　被保険者証交付申請書  　二戸地区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 | |  | | | | 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 | |  | | 被保険者番号 | | |  | | |  |
| 被保険者氏名 | |  | | 個 人 番 号 | | |  | | |
|  | 生年月日 | | 明･大･昭 　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 | | | | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  |