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 |  |  |
|  |  |  |