

介護保険被保険者証交付申請書

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	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 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																				
<p>毛呂山町長 あて</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 被保険者との関係（ ）</p>																				

- 1 被保険者番号は、職員が記入しますので、記入不要です。
- 2 手続の際に医療保険の被保険者証を確認しますので、持参してください。また、郵送で申請する場合は、医療保険の被保険者証の写しを同封してください。
- 3 申請者が被保険者本人の場合は、被保険者との関係に「本人」と記入し、申請者の住所及び電話番号は記入不要です。
- 4 申請者が本人又は被保険者と同一世帯の家族以外の場合は、別途委任状を添付してください。
- 5 この申請書は、2号被保険者（40歳～64歳で医療保険に加入している人）の被保険者証交付申請用です。

介護保険被保険者証交付申請及び介護保険被保険者証の受領を上記申請者に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

印