

様式第2号(第4条関係)

介護保険 被保険者証交付申請書

米原市長 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		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	
--------	--	---------------	--

*第2号被保険者の被保険者証交付申請者用