

介護保険 被保険者証交付申請書 (第2号被保険者用)

第2号被保険者	個人番号														
	フリガナ											性別	男・女		
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所	〒 - (電話番号 - -)													

※被保険者が加入している医療保険について記入し、保険証の写しを添付してください。

医療保険者名											医療保険被保険者証		記号		
													番号		
医療保険者番号												医療保険の資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日		

(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり、被保険者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

〒 -

住所

届出人

氏名

被保険者との続柄

(電話番号 - -)

※ 保険者処理欄

受付者	本添人付 確書 認類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 身分証明書写 運転免許証・保険証・パスポート <input type="checkbox"/> その他()										被保険者番号											
入力	資交 格者 証付	済・未	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し 令和 年 月 日										備考										

記入例

介護保険 被保険者証交付申請書 (第2号被保険者用)

第2号被保険者	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	フリガナ	ウツノミヤ タロウ	性別	男・女
	氏名	宇都宮太郎	生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日
	住所	〒○○○-○○○ (電話番号○○○-○○○-○○○) 宇都宮市○○町○○番地		

※被保険者が加入している医療保険について記入し、保険証の写しを添付してください。

医療保険者名	△△健康保険組合	医療保険被保険者証	記号	○○
			番号	○○○
医療保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	医療保険の資格取得年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日	

(あて先) 宇都宮市長
上記のとおり、被保険者証の交付を申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

住所 〒○○○-○○○
宇都宮市○○町○○番地
届出人

氏名 宇都宮 花子 被保険者との続柄 妻

(電話番号 ○○○-○○○-○○○)

※ 保険者処理欄

受付者	本添人付 確書 認類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 身分証明書写 運転免許証・保険証・パスポート <input type="checkbox"/> その他()		被 保 険 者 番 号													
		資 交 格 者 証 付	済 ・ 未		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し 令和 年 月 日		備 考										