

## 介護保険 被保険者証交付申請書

播磨町長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名		被保険者との 関 係	
申請者住所	〒 ー  電話番号 ( ) ー		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
	被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ー  電話番号 ( ) ー		
			個人番号	

医療保険者名			
医療保険者所在地	〒 ー  電話番号 ( ) ー		
保 険 者 番 号			
記 号		番 号	

※申請者が第2号被保険者の場合は、医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証を提示してください。

# 委任状

平成 年 月 日

被保険者番号					
委任者	住所				
	氏名			男・女	
	電話番号				
	被保険者との続柄		生年月日	明大 昭平	年 月 日

下記の者に、介護保険被保険者証交付申請に関する権限を委任します。

受任者	住所				
	氏名			男・女	
	電話番号				
	受任者との続柄		生年月日	明大 昭平	年 月 日

職員記載欄	申請者確認欄	確認書類欄	意思確認
	<ul style="list-style-type: none"><li>・運転免許証</li><li>・パスポート</li><li>・住基カード</li><li>・個人番号カード</li><li>・( )</li></ul>		