

介護保険 被保険者証交付申請書

被 保 険 者	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てください。

医療保険者名			医療保険被保険者証	記 号	
			記 号 ・ 番 号	番 号	
医療保険者番号					
			医療保険の資格取得	昭和・平成 年 月 日 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。

平成 年 月 日

〒 -
住 所

申請者

氏 名 被保険者との続柄
(電話番号 - -)

保険者処理欄

受 付 者	添 付 書 類 等	委任状 身分証明書 運転免許証・パスポート・外国人登録証 その他()			被 保 険 者 No	0	0	0	0				
入 力	資 格 者 証 付	済・未	証 交 付	郵 送			備 考						
				平成 年 月 日									

介護保険 被保険者証交付申請書

被 保 険 者	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		
					記号・番号	番号		
医療保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
					医療保険の資格取得	昭和・平成	年 月 日	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。

平成 年 月 日

〒 -
住所 宇都宮市 町 番地

申請者

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	添 付 書 類 等	委任状 身分証明書写 運転免許証・パスポート・外国人登録証 その他()				被 保 険 者 No	0	0	0	0						
		資 格 者 証 付	済・未	証 交 付	郵 送		備 考									
入 力						平成 年 月 日										