様式第3号(第5条関係)

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先)富山市長

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 | 　 | 被保険者との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　―　　　 |

　※　申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 個人番号 | 　 | 生　年　月　日 |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 | 　 | 年　　月　　日　 |
| 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 | 　 |

　備考　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。