

介護保険 被保険者証等交付申請書

浦添市長 殿

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・電話番号は記入不要

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0			
	フリガナ			個人番号	
	被保険者氏名			生年月日	明・大・昭 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	
--------	--	---------------	--

内 部 確 認 用	<input type="checkbox"/> 新規→(証交付希望 有 ・ 無)
	<input type="checkbox"/> 転入→(異動日 年 月 日)
	被保険者本人確認 免 ・ 個力 ・ 住B ・ 在力 ・ 保 ・ 診 ・ キャ ・ 通帳 他()