様式第２号（第11条関係）

介護保険被保険者証交付申請書

（第２号被保険者用）

奥州市長　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | 申請年月日 | 令和　　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は、申請者住所及び電話番号は記入不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 |
| 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 |  |

注　申請の際には、医療保険の被保険者証を窓口に提示してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄(記入不要) | | | | |
| 医療保険資格取得年月日 | 交付日 | | / | |
| 年　　月　　日 | 受付 | 入力 | | 交付 |
| 申請理由  １　認定申請  ２　(　　　　　　　　) |  |  | |  |