様式第３号（第２条関係）

介護保険　被保険者証交付申請書

揖斐広域連合長　様

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・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏名		性別	男　・　女
	住所	〒 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

※記入欄

受付	入力	再交付	処理欄
・　・	・　・	・　・	

番号確認	□個人番号カード □通知カード □住民票 □その他（　　）	身元確認	1点 □個人番号カード □運転免許証 □障害者手帳 □その他（　　） 2点 □介護保険証 □健康保険証 □年金手帳 □その他（　　）	確認者印