

担任	係長	課長
----	----	----

介護保険被保険者証交付申請書

(宛先)川崎市 区長

次のとおり申請します。

			申 請 年 月 日	年 月 日
申 請 者	氏 名	(1 本人 2 代理人)	本人との関係	
	代理人の 住 所	〒 電話番号 ()		

被 保 険 者	フリガナ													
	氏 名													
	生年月日	明・大・昭 年 月 日												
	住 所	〒 電話番号 ()												
	個人番号													

第 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者）

医 療 保 険 者 名		医療保険者番号							
医療保険被保険者 記 号 及 び 番 号		被保険者(世帯主) 氏 名					続柄		
		資 格 取 得 日							

資格	該当・非該当	資格登録日		被保険者番号										

注 太枠内のみ記入してください。