

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							
医療保険被保険者証 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。