

介護保険 被保険者証 交付申請書（第2号被保険者用）

豊中市長 あて

次のとおり申請します。

個人番号
被保険者番号

太枠の中を記入してください。

申請日	年 月 日
-----	-------

申請者	本人 同一世帯員 その他()		
	住所	豊中市	
	フリガナ		電話番号
	氏名		()
被保険者	交付が必要な方を記入してください。		
	住所	豊中市	
	氏名	性別	生年月日
		男・女	T・S H・R 西暦 年 月 日

以下、保険資格課使用欄

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> その他()			
交付年月日	被保険者証	受付者	入力者	確認者
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し			

介護保険 被保険者証 交付申請書 (第2号被保険者用)

12ケタの個人番号を記入してください

豊中市長 あて

次のとおり申請します。

記入見本

個人番号

被保険者番号

1234567890

申請日

令和2年4月1日

太枠の中を記入してください。

申請者	本人 <u>同一世帯員</u> その他()		
	住所	豊中市 中桜塚3丁目1番1号	
	フリガナ		電話番号
	氏名	豊中 太郎	06(6858)2301
被保険者	交付が必要な方を記入してください。		
	住所	豊中市 中桜塚3丁目1番1号	
	氏名	性別	生年月日
	豊中 花子	男 <u>女</u>	T H・R 西暦 30年1月1日

以下、保険資格課使用欄

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> その他()			
交付年月日	被保険者証	受付者	入力者	確認者
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し			