

㊦ 被保険者証交付申請書

記 号 番 号		6 4 第 号			
世帯主	住 所	愛川町 番地			
	氏 名				
被保険者	氏 名		続 柄		
	生年月日	S・H・R	年 月 日	性 別	男・女
	個人番号				
施設（会社等）の名称					
所 在 地		〒 -			
申 請 の 理 由					
保 険 証 送 付 先		自宅・施設・その他 〒 - []			

（ 添付書類 ○入所・在園証明書 ○住民票 ）

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 住 所 愛川町 番地

(世帯主)

氏 名

電 話

個人番号

愛 川 町 長 殿

決 裁	課 長	主 幹	副主幹	合 議	受 付 者	処 理 欄
						証作成 月 日 証交付 月 日 旧証 回収・更正・未更正
番号確認	通・個・住・他 ()			身元確認	免・パ・個・住・在・身・他 () (NO.)	