|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 沖縄県介護保険広域連合長　　様  　 　次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | 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 | | フリガナ | | |  | | | | |  | | | | | | | |  |
| 氏　　名 | | |  | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 性 　別 | | | 男　　　・　　　女 | | | | |
| 住　　所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号 　　 （　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 医療保険者名 | | |  | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※　２号被保険者の被保険者証交付申請者用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 申請内容確認 | | | | | |  | 広域連合決裁欄 | | | | | | | | | | |
| 市町村 | | | | | 広　域 |  | 主　務 | 所内合議 | | | 係　長 | | 課　長 | | 連合長 | 起案　　・　　・  決裁　　・　　・  施行　　・　　・ | |
| 担  当  者  印 | | ・ ・ | | | | | ・ ・ |  |  |  | | |  | |  | |  |