

見本

(1)



介護保険被保険者証

被 保 険 者	番 号	0000234567				
	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	性別	
交付年月日	年	月	日			
保険者番号 並びに保険者 の名称及び印	0	8	4	4	3	4
	茨城県稲敷郡 阿見町 電話 029 (888) 1111					

介護保険被保険者番号  
(この番号を記入)