

介護保険 送付先変更申請(届出)書

高 浜 町 長 あ て

介護保険に係る認定結果通知書、被保険者証、保険料納入通知書 その他文書は、住民登録のある住所地への送付が原則であることを確認のうえ、次のとおり送付先の変更を申請します。

申請(届出)年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 (本 人)	被保険者番号				
	ふりがな			性別 男 ・ 女	
	氏名				
	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 西暦	年	月	日
	住所	郵便番号 〒		電話番号 ()	

*被保険者(本人)が申請する場合は記入不要です。

申 請 者	ふりがな			本人から 見た続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名				<input type="checkbox"/> 親 族 ()
	住所	郵便番号 〒			<input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号	()	理由		
	申請種別	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の取りやめ			

送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者住所に送付先の変更を希望します			
	<input type="checkbox"/> 下記住所に送付先を希望します。(下記に送付先住所をご記入ください。)			
	ふりがな			
	あて先	郵便番号 〒		電話番号 ()
	ふりがな			被保険者 (本人)から みた続柄
	方書			
ふりがな				
あて名				

注意:1 介護保険関係の全ての送付物が送付先変更の対象です。

注意:2 この届を提出した後に被保険者が町外へ住所を移したときは、送付先がその転出先住所に自動的に変更となります。

【保険者使用欄】	入力日	/	担当者
----------	-----	---	-----