

介護保険 書類送付先変更 申請書

次のとおり書類の送付先の変更を申請します。

申請日	年 月 日
-----	-------

申請者	フリガナ		被保険者 との関係	
	氏 名			
	住所及び 連絡先	〒	電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住所及び 連絡先		電話番号	

送 付 先	住所及び 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（送付先欄の記載は不要です。） 〒		
	フリガナ	電話番号		
	氏 名		被保険者 との関係	

申 請 理 由	1 書類管理のため
	2 被保険者死亡のため
	3 その他（ ）

※ 送付先の変更を希望する書類に印をつけてください。

変 更 書 類	<input type="checkbox"/> 資格・受給関係書類（被保険者証、負担割合証、負担限度額認定証等）
	<input type="checkbox"/> 保険料関係書類
	<input type="checkbox"/> 給付関係書類（高額介護サービス費、償還払い等）

市記入欄

--	--

※ 転出や転居等で新たな住所に送付を希望する場合は、送付先解除の手続きが必要となりますので、介護保険課までご連絡ください。