

介護保険関係書類送付先変更届

加東市長 様

次のとおり、介護保険関係書類の送付先変更を申し出ます。

申請年月日	年 月 日		
申請者氏名	印	被保険者 との続柄	
申請者住所	〒 ー 電話番号		

※ 本人又は同一世帯や親族以外の方が申請をされる場合は委任状が必要です。

被 保 険 者	被保険者番号		性別	男 ・ 女
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 ー 電話番号		

変 更 送 付 先	フリガナ		被保険者 との続柄	
	氏名			
	住所	〒 ー 電話番号		
送付先変更を希望する種目	※ 該当する番号に○をご記入ください。 1.すべて 2.資格・受給（認定）・給付 3.保険料			

受 付 者	処理日	年 月 日
備 考	【送付先説明】 2. 資格・受給（認定）・給付：被保険者証、要介護認定等通知書、負担限度額認定証、高額介護サービス等 3. 保険料：保険料決定通知書、納付書等	