

介護保険 送付先変更届

受付印

東大和市長 殿

次のとおり、送付先の変更について、届出します。

1. 届出日及び届出者（※身分証明書の写しの添付が必要になります。）

届出日	年 月 日	届出内容	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 解除
氏名		被保険者との関係		
住所	〒 _____ _____ (マンション名等の名称と部屋番号)			
電話番号				

2. 被保険者

被保険者番号		氏名	
住所	〒 _____ _____ (マンション名等の名称と部屋番号)		
電話番号			

3. 送付先

氏名		被保険者との関係	
住所	〒 _____ _____ (マンション名等の名称と部屋番号)		<input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ
電話番号			

※ご郵送する際の住基表記は、-（ハイフン）等により省略等させていただく場合がございますので、ご了承ください。

4. 送付先を 変更・解除 する理由

<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 書類管理のため	<input type="checkbox"/> 被保険者死亡
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

5. 送付先を 変更・解除 する書類

<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 保険料に関する書類
<input type="checkbox"/> 介護認定に関する書類	<input type="checkbox"/> 介護給付に関する書類	

受付	入力	確認