

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 |
| | | |