

# 介護保険 送付先変更届

記入例

受付印

ご記入いただく方の住所等をお書きください。また、届出者の本人確認書類のコピーを添付してください。

どちらかにをつけてください。

## 1. 届出日及び届出理由(※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	佐藤 太郎	被保険者との関係	子	
住所	〒207-8585 東大和市中央3-9300 (マンション名等の名称と部屋番号)			
電話番号	042-563-2111			

送付先を変更したいご本人様の住所等をお書きください。

## 2. 被保険者

被保険者番号	0000123456	氏名	佐藤 花子	
住所	〒207-8585 東大和市中央3-9300 (マンション名等の名称と部屋番号)			
電話番号	042-563-2111			

ご希望の送付先の住所等をお書きください。

## 3. 送付先

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

変更・解除の理由にをつけてください。

<input checked="" 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

送付先を変更したい書類にをつけてください。

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

受付	入力	確認