

介護保険 送付先変更届

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。

て、届出します。

どちらかにをつけてください。

1. 届出日及び届出(本人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 checked="" 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3-930 (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3-930 (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"/> 全ての書類		
<input type="checkbox"/> 保険料賦課に関する書類	<input type="checkbox"/> 被保険者資格に関する書類	<input type="checkbox"/> 受給者管理に関する書類
<input type="checkbox"/> 認定管理に関する書類	<input type="checkbox"/> 給付管理に関する書類	<input type="checkbox"/> 総合事業に関する書類

受付	入力	確認