

介護保険送付先（変更・解除）届出書

年 月 日

東 御 市 長 あて

届 出 人	(ふりがな) 氏 名		被保険者 との関係	
	住 所	〒		
	電話番号			

※届出の際は、届出者のご本人確認ができる書類（免許証等）が必要です。

次のとおり、介護保険に係る書類の送付先（変更・解除）を届出します。

届出にあたり、被保険者本人の了解を受けています。

届出により発生する諸問題は、届出者が責任をもって対処することを了承します。

なお、下記届出内容に変更があった場合、速やかに届出をします。

被 保 険 者	被保険者番号			
	氏 名			
	住 所 (現送付先)	〒		
新 送 付 先	住 所	〒		
	(ふりがな) 氏 名		被 保 険 者 との関係	
	電話番号			
送付先を変更する書類 (変更するものに○をつけてください)		・ 受給 (介護保険被保険者証、負担限度額認定証 など) ・ 給付 (高額介護サービス費関係書類 など) ・ 納付 (介護保険納入通知書、還付通知書 など) ・ 全て		
変 更 理 由				
送付先変更・解除年月日		年 月 日		

(高齡者係確認欄)

[illegible]