

介護保険制度に係る通知書等送付先変更届出書（申請・変更・終了）

※届出を行った場合、住民票上の住所地と異なる住所（送付先）へ各種書類を送付いたします。

※届出以降に被保険者が転出・転居した場合等でも、この届出は有効となります。

※届出内容に変更が生じた場合は、速やかに変更・終了届出をお願いいたします。

申請・変更の場合は①②④、終了の場合は①③④を記入願います。

①被保険者に関する事項

被保険者番号										保険者番号	0	7	5	6	1	4
被保険者氏名								性別		電話番号						
住所	〒 -															

②送付先変更申請・変更

送付先住所	〒 -															
送付先宛名	フリガナ							電話番号								
								被保険者との続柄								
送付先を変更する理由	※該当する理由を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は具体的に記入願います。 ●施設に入所中のため ●入院中のため ●その他															
送付を希望する内容	※希望する内容を○で囲んでください。 ●資格（被保険者証等） ●賦課/収納（保険料決定通知書や納入通知書） ●給付（高額介護費用のお知らせ等）															
送付先変更開始年月日	年 月 日															

③送付先変更終了

送付先変更終了年月日	年 月 日														
------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

④届出

上記のとおり届出します。
なお、上記届出内容に変更があった場合、遅滞なく届出をするを申し添えます。

年 月 日

新地町長

届出人	住所															
	氏名													印		
	被保険者との続柄								電話番号							