送付先変更依頼書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | ふりがな |  | 生年月日  明・大・昭  　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒  高根沢町 | 電話番号 |
| 送付先 | 送付先  氏　名 |  | 被保険者との続柄 |
| 住　所 | 〒 | 電話番号 |
| 変更理由 | １．施設などに入所したので、居宅が不在となるため  ２．心身の状態などにより、各種通知の受領が困難であるため  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

介護保険に関する通知（保険料・給付・利用者減免・認定に関する通知など）の送付先の変更を依頼します。

なお、送付先変更届を廃止、再変更する場合は、別途申し出ます。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

（代筆：　　　　　　　　　　）