

介護保険関係書類送付先変更届出書

* 通常は住所地に書類等を送付させていただいておりますが、住所地に送付させていただいても届かない方、書類紛失等の理由によりその他の住所に送付させていただいたほうが良い方は申請をお願い致します。

* 変更したお届け先を自宅へ戻す場合も再度終了の届出が必要になります。

久慈広域連合長 様

〔窓口・郵送〕

下記のとおり関係通知書等の送付先を変更したいので、届け出ます。

		届出日	年	月	日
フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名					
生年月日	年 月 日生	性 別	男 ・ 女		
届出人	〒 住所 (被保険者との関係)				
	フリガナ 氏名		印	_____	
	TEL ()				
送付先	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ				
	〒 住所 (被保険者との関係)				
	フリガナ 氏名		_____		
	TEL ()				
送付内訳	<input type="checkbox"/> 受給者管理関係		<input type="checkbox"/> 給付実績管理関係		
	<input type="checkbox"/> 介護保険料関係		<input type="checkbox"/> 介護保険関係全般		
変更理由	<input type="checkbox"/> 住所地に文書を受け取る者がいないため。 <input type="checkbox"/> 紛失する恐れがあるため。 <input type="checkbox"/> 送付先設定を解除して、住民票上の住所へ戻すため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				
備 考					