

介護保険関係書類に係る送付先変更届（ 新規 ・ 変更 ・ 廃止 ）

(宛先) 座間市長

送付先変更に伴い異議等が生じた場合、私が全責任を持つことを誓約し、次のとおり届出します。

年 月 日

届 出 人	住 所	〒	—									
	フリガナ											
	氏 名	被保険者との続柄 ()										
	電話番号											

被 保 険 者	被保険者 番号	0	0	0	0										生年月日	年	月	日
	住 所																	
	氏 名																	

送付先変更の理由																	
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注1) 宛名は「届出人名 様方 被保険者名 様」となります。事情により被保険者様の氏名を表記しないことを御希望の場合は、□にチェックを入れてください。

宛名に被保険者氏名を表記しないことを希望します。

(注2) 届出人様以外に送付する場合は下欄に御記入ください。

住 所	〒	—									
フリガナ											
氏 名	被保険者との続柄 ()										
電話番号											

(注3) 次の分類のうち、送付先変更を希望する番号の□にチェックを入れてください。チェックのない場合は、全ての介護保険関係書類を送付先にお送りします。

- 1 介護保険料に関する書類
- 2 要介護認定（認定結果・介護保険被保険者証など）や給付（高額介護サービス費・住宅改修費など）に関する書類

(注4) 届出時点で作成されている送付物に関しては、送付先を反映できない場合があります。

(注5) 先に登録されている送付先の変更、または廃止を希望される場合は、先にお手続いただいた届出人様による届出が必要です。但し、被保険者様死亡後の手続きについてはこの限りではありません。

(注6) 被保険者様が他の市区町村へ転出して保険者に変更となった後、引続き送付先の変更を希望される場合には、転出先の市区町村において再度届出が必要です。御注意ください。

【 保険者使用欄 】

届出人本人確認

入力

確認
