

送付先変更依頼書

被 保 険 者	ふりがな		生年月日
	氏 名		明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 高根沢町	電話番号
送 付 先	ふりがな		被保険者との続柄
	送付先 氏 名		
	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：)