

# 介護保険関係書類の送付先変更申出書

(被保険者)

被保険者番号		生年月日
フリガナ		明治 大正 昭和
氏名		年 月 日
住所	〒	

申出の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	--------------------------------	-----------------------------------

送付先変更を選択された方はご記入ください。

送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 申出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ※下記に記入 〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号      -      -</div>
送付先宛名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 申出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ※下記に記入 (フリガナ) 氏名 _____ 被保険者との関係( _____ )
変更理由	<input type="checkbox"/> 本人管理が困難なため( _____ ) <input type="checkbox"/> 住所地とは別のところにいるため(入院、施設入所等) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームへ入所のため ※負担限度額認定更新時は施設へ送付します。 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
送付するもの	<input type="checkbox"/> 全部(介護保険に関する通知すべて) <input type="checkbox"/> 一部 ( <input type="checkbox"/> 介護保険料に関する通知 <input type="checkbox"/> 給付に関する通知 <input type="checkbox"/> 被保険者証・認定に関する通知 )

羽村市長 宛 \_\_\_\_\_ 年 月 日

介護保険に関する書類の送付先について上記のとおり申し出ます。

〒 \_\_\_\_\_

(申出者) 住所 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_

(電話番号)      -      -

市処理欄	
申出者確認	免・保・後・その他( _____ ) No. _____
認定	有・無 <input type="checkbox"/> 認定係( _____ )
システム処理	<input type="checkbox"/> 宛名登録 <input type="checkbox"/> メモ(続柄・連絡先)

(受付印)

受付	入力	確認

# 介護保険関係書類の送付先変更申出書

記入例

(被保険者)

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 〇 △ △ △	生年月日
フリガナ	ハムラ イチ	明治 大正 昭和
氏名	羽村市	10年 1月 2日
住所	〒 205-0003 羽村市緑ヶ丘 〇 - 〇 - △	

申出の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
-------	---	-----------------------------------

送付先変更を選択された方はご記入ください。

送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ※下記に記入
	〒 _____ 電話番号 _____
送付先宛名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申出者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ※下記に記入
	(フリガナ) _____ 氏名 _____ 被保険者との関係( _____ )
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 本人管理が困難なため( _____ ) <input type="checkbox"/> 住所地とは別のところにいるため(入院、施設入所等) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームへ入所のため ※負担限度額認定更新時は施設へ送付します。 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
送付するもの	<input checked="" type="checkbox"/> 全部(介護保険に関する通知すべて) <input type="checkbox"/> 一部 ( <input type="checkbox"/> 介護保険料に関する通知 <input type="checkbox"/> 給付に関する通知 <input type="checkbox"/> 被保険者証・認定に関する通知 )

羽村市長 宛

令和 〇〇年 〇月 △△日

介護保険に関する書類の送付先について上記のとおり申し出ます。

〒205-0002

(申出者) 住所 \_\_\_\_\_ 羽村市栄町 △ - △ - 〇

フリガナ ハムラ イチコ

氏名 \_\_\_\_\_ 羽村 市子 被保険者との関係 \_\_\_\_\_ 子

(電話番号) 042 \_\_\_\_\_ 555 - 〇△〇△

市処理欄	
申出者確認	免・保・後・その他( _____ ) No. _____
認定	有・無 <input type="checkbox"/> 認定係( _____ )
システム処理	<input type="checkbox"/> 宛名登録 <input type="checkbox"/> メモ( 続柄・連絡先 )

申出者の本人確認のため運転免許証や健康保険証をご持参ください。

(受付印)

受付	入力	確認