

介護保険 送付先変更届

申請年月日	年 月 日		
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 () -		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号 () -		

送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 以下の送付先を希望します
送付先氏名	
送付先住所	〒 電話番号 () -

送付先を変更する項目にチェックをしてください。

- 資格記録関係（保険証、認定関係、給付関係等）

- 賦課・収納関係（保険料納付通知書、滞納関係書類等）