

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）

※本人もしくはご家族以外の方が手続きをされる場合は、本人及び書類を管理しているご家族からの手続きの了承を得た上でお手続きください。