

令和 年 月 日

介護保険に係る書類の送付先変更に関する届出書

次の者に係る介護保険の書類について送付先を変更したいので届出します。

【届出者】

氏名： _____ 対象者との関係： _____

住所：〒 _____

☎ () _____

【対象者】

フリガナ		被保険者番号	
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 _____		
変更を希望する書類	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 認定に関する通知 <input type="checkbox"/> 保険料に関する通知 <input type="checkbox"/> 給付に関する通知 <input type="checkbox"/> 高齢福祉に関する通知 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【送付先】 届出者と同じ 届出者と異なる（下記の通り）

フリガナ		対象者との関係	
氏名			
住所	〒 _____		
	☎ () _____		

【変更を希望する理由】

--

【注意事項】

- ・必ずご本人（又はご家族）の了解を得た上で届出をお願いいたします。
- ・届出案内や送付先に変更があった場合は、必ずご連絡をお願いします。
- ・この届出の適用期間は、原則として対象者が資格を喪失するまでとなります。