介護保険納入通知等送付先変更届出書

　　　年　　　月　　　日

米　原　市　長　　様

下記のとおり、介護保険納入通知等の送付先の変更を届出します。

 〒

 届出者 住　　所

 （フリガナ）

 氏　　名 ㊞

 電話番号

 被保険者との関係

被保険者について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和 |
| 氏　名 |  | 　年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 〒 |
|  |

送付先変更する通知等について

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先変更を必要とする通知等 | １．被保険者証、要介護・要支援認定等資格関係書類２．介護保険料賦課・徴収関係書類３．負担限度額認定証等給付関係書類 |
| 変更期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　　　 |

送付先について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 送付先が届出者と同じ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 送付先が届出者と異なる。（送付先欄に記入してください。） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送付先 | フリガナ |  |  |
| 送付先宛　名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 送付先住　所 | 〒 |
|  |
|  | 電話番号 |