

# 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 \_\_\_\_\_ ⑩

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