

介護保険 送付先変更届出書

日向市長 様

届出年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

※届出人が被保険者本人の場合、「届出人住所」欄の記入は不要です。

届 出 人	氏 名		被保険者 との関係	
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____		

下記被保険者に関する書類について、送付先を変更したく届出します。

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏 名	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	
	住 所	〒 _____		
送 付 先	住 所	〒 _____		
	様 方	様方		
	届出理由			
	連絡先及び 電話番号			

○届出内容に変更が生じた場合、直ちにその旨を申し出てください。

○送付先を変更した場合、介護保険料の納付書等も変更後の送付先に送られることになります。

<事務処理欄>

受付			本人確認	入力	
受付日	受付者	窓口・郵送 その他 ()	免許証・マイナンバーカード・ その他 ()	入力日	入力者
/				/	