介護保険関係文書等送付先変更届

令和　　年　　月　　日

平戸市長　様

届出人

住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　印

続柄：

下記のとおり、介護保険料に係る文書等の送付先の変更を届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番　　号 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　月　　日生）　　　 |
| 現住所 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先 | 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　） |
| TEL |  |
| 変更希望（○をする） | 　・全て　　・資格のみ　　・保険料のみ　　・給付のみ |
| 備考（理由など） | * 施設入所　　・ 入院　　・ 一時的な居所の変更
* 送付先設定終了
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

この送付先変更届については本人または家族の了承を得ており、不都合は生じないことを申し添えます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印