

介護保険関係書類の送付先変更依頼書

被保険者番号										
住所 (住民登録地)										
	電話番号									
被保険者氏名							生年 月日	年	月	日

依頼内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除
------	--------------------------------	-----------------------------------

理由 (本人の状況等を具体的に記入ください)			
送付先住所	〒 -		
	電話番号		
フリガナ			
送付先宛名	被保険者との関係 ( )		

令和 年 月 日	
<p>上記のとおり、送付先変更を依頼します。転出等により被保険者が資格喪失し、2年経過後は私に通知することなく送付先変更が解除されることを承諾します。再転入等により、再度送付先変更が必要になった場合は、あらためて依頼します。</p>	
依頼者 住所	
氏名	被保険者との関係 ( )
電話番号	

【区処理欄】

添付書類審査 受付者	引抜・送付先 入力者	照 合

受 付 印