

介護保険被保険者の死亡による資格喪失に伴う送付物の送付先変更依頼書

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	介護 太郎						生年 月日	○年 ○月 ○日		
親族等の連絡先	住所	〒 173-8501 板橋区板橋2-66-1-206 イタバシマンション								
	フリガナ	カイゴ イチロウ								
	氏名	介護 一郎						続柄(子)		
	電話	03-1234-XXXX								
	備考	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度関係書類の送付先も変更します。								

届出者	住所	板橋区	高齡者医療制度の送付先も変更したい場合は チェックマークを入れてください
	氏名	介護 花子	「親族等の連絡先」と届出者が異なる 場合にご記入ください
	電話番号	090-1234-XXXX	
※親族等の連絡先と異なる場合のみ、ご記入ください。			