**介護保険送付先変更届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 |  | 確認 |  |
| 入力 |  | 証明 |  |

（職員記入欄）

（提出先）

平　塚　市　長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | フリガナ |  | 届 出年月日 | 　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 被保険者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　－ |
|  |

下記被保険者の介護保険に関する書類について、送付先を変更したく届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番　　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 被保険者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　－ |
|  |
| 送付先変更理由 | 　　１　入院・入所中のため　　２　郵便物の管理が困難なため　　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送付先書類の希望希望が無い場合　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険関係すべての書類を送　　　付いたします。 | １　 保険料関係（納入通知書等）のみ２　 受給関係（認定結果通知等）のみ３　 介護保険関係すべて　※ただし「給付費のお知らせ」は除く |
| **送付先は届出人と同じです。**　　　　　※異なる場合は以下記入 |
| 送付先 | フリガナ |  | 被保険者との続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　－ |
|  |

　、保険に関する書類の送付先を、下記のとおり私は書類の送付先を変更するにあたっては送付先から承諾を得ており、万一紛議を生じても一切迷惑

をかけません。また、郵便物が送付先に届かない場合は、送付先を解除されても異議はありません。