介護保険関係書類送付先変更（ 開始 ・ 廃止 ）届出書

浦 添 市 長　殿

届出人	フリガナ		記 入 年月日	年　　月　　日
	氏名		被保険者 との続柄	
	電話番号			
	住所	〒　　－		

次の被保険者の介護保険に関する書類について、送付先変更を（ 開始 ・ 廃止 ）したく届出します。

被保険者 番　　号			
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日
被保険者名			
電 話 番 号			
住　　所	〒　　－		
送付先変更理由	☐ 本人管理が困難なため　☐ 一時的な居所の変更 ☐ その他（　　）		
送付先変更を 希望するもの	☐ 介護保険に関する文書すべて ※一部の文書の送付先変更を希望する場合は以下の該当するものに☑ ☐ 保険料関係（納入通知書等） ☐ 認定関係（認定結果通知等） ☐ 受給・給付関係（負担割合証等）		

送付先	☐ 届出人の住所 （送付先の記入は不要です。）			
	☐ その他 （下記に送付先を記入してください。）			
	フリガナ		被保険者 との続柄	
	氏名			
	電話番号			
	住所	〒　　－		

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意義はありません。