

介護保険関係書類送付先変更届

令和 年 月 日

高 浜 市 長 あて

届出者

住 所

氏 名

印

被保険者との関係

電 話 ()

—

(被 保 険 者)

住 所			
氏 名	印		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女

上記の被保険者に関する（介護保険関係）の書類は、令和 年 月 日以降より下記の者まで送付してください。

(送 付 先)

届出者と同じ ※届出者と異なる場合は、以下に記入してください。

住 所 〒 —

氏 名 印 TEL () —

被保険者との関係

理由 (記入例) 本人が管理できないため 本人が入院しているため 等

希望する送付内容を選んで、レをつけてください

介護保険に関するものすべて

保険料に関するもの

要介護認定に関するもの

それ以外 ()

【市記入欄】被保険者番号 () 確認：免・住・保・診・特・その他 / ()