

介護保険制度に係る通知書等送付先変更届出書（申請・変更・終了）

※届出を行った場合、住民票上の住所地と異なる住所（送付先）へ各種書類を送付いたします。
 ※届出以降に被保険者が転出・転居した場合等でも、この届出は有効となります。
 ※届出内容に変更が生じた場合は、速やかに変更・終了届出をお願いいたします。
 申請・変更の場合は①②④、終了の場合は①③④を記入願います。

①被保険者に関する事項

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	0	7	5	6	1	4
被保険者氏名	新地 太郎						性別	男		電話番号	XXXX-XX-XXXX						
住所	〒 ZZZ - ZZZZ 福島県相馬郡新地町〇〇字〇〇																

②送付先変更申請・変更

送付先住所	〒 YYY - YYYY 福島県相馬郡新地町××字××			
送付先宛名	フリガナ	シンチ ハナコ	電話番号	VVVV-VV-VVVV
		新地 花子	被保険者との続柄	子
送付先を変更する理由	※該当する理由を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は具体的に記入願います。 <input checked="" type="radio"/> 施設に入所中のため <input type="radio"/> 入院中のため <input type="radio"/> その他			
送付を希望する内容	※希望する内容を○で囲んでください。 <input checked="" type="radio"/> 資格（被保険者証等） <input checked="" type="radio"/> 賦課/収納（保険料決定通知書や納入通知書） <input checked="" type="radio"/> 給付（高額介護費用のお知らせ等）			
送付先変更開始年月日	平成 YY 年 MM 月 DD 日			

③送付先変更終了

送付先変更終了年月日	平成	年	月	日
------------	----	---	---	---

④届出

上記のとおり届出します。
 なお、上記届出内容に変更があった場合、遅滞なく届出をすることを申し添えます。

YY 年 MM 月 DD 日

新地町長

届出人	住所	福島県相馬郡新地町××字××		
	氏名	新地 花子		印
	被保険者との続柄	子	電話番号	VVVV-VV-VVVV