

介護保険関係書類

送付先変更申請書

六 戸 町 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
本人との関係	

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所	〒 電話番号 - -		

		被保険者番号								
被 保 険 者	フリガナ		性 別	男 ・ 女						
	氏 名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭						
	住 所	〒		年 月 日 (歳)						
				電話番号	-	-				

変更後の宛先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒
	お名前	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 続柄 ()
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ - -

送付する書類	1. 被保険者証に関する書類 2. 要介護・要支援認定に関する書類 3. 保険料に関する書類 4. 給付に関する書類 5. その他 () 6. 全ての書類
--------	---

変 更 理 由	<input type="checkbox"/> 家で文書を受け取る者が居ないため <input type="checkbox"/> 認知症等で家に送ると紛失する恐れがあるため <input type="checkbox"/> 本人が死亡したため <input type="checkbox"/> その他 (理由 :)
---------	--

※保険者使用欄

受付日		入力日		担当者	
-----	--	-----	--	-----	--