

介護保険関係書類 送付先変更届

被 保 険 者	被保険者番号							
	フリガナ							性 別
	氏名							
	住所							
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日						
送 付 先	フリガナ							
	氏名							
	住所	〒 —						
	電話番号	— —						
	本人との続柄							
種 別 (希望するものに○印)	<p>1. 全ての書類を変更する。</p> <p>2. 次の関係書類のみ変更する。</p> <p style="margin-left: 20px;">A. 資格 (保険証関係)</p> <p style="margin-left: 20px;">B. 賦課 (保険料関係)</p> <p style="margin-left: 20px;">C. 給付 (サービス利用関係)</p>							
<p>上記のとおり被保険者にかかる介護保険関係書類を送付先に送付いただきますよう届出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>魚津市長 あて</p> <p style="text-align: center;">届出者 (被保険者) 氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 と の 続 柄 _____</p>								