

介護保険関係書類送付先変更届出書

(提出先)

年 月 日

川 越 市 長

届 出 人	フリガナ				被保険者 との続柄	
	氏 名	印				
	住 所	〒				
	電話番号					

下記被保険者の介護保険関係書類について、 送付先を変更しますので届け出ます。
 送付先変更を取消しますので届け出ます。

変更する書類の種別 (希望が無い場合は、 すべての書類を送付 いたします。)	<input type="checkbox"/> 保険料関係 (納入通知書等) のみ <input type="checkbox"/> 受給関係 (認定結果通知・支給決定通知等) のみ <input type="checkbox"/> 介護保険関係すべて
---	---

※被保険者証は、書類の性格上、住民登録どおりの住所・対象者宛に送付しますのでご了承ください。

被保険者	番 号	1	0	0								
	住 所	〒										
	フリガナ											
	氏 名	印										
変更理由												
送 付 先	フリガナ										被保険者 との続柄	
	氏 名	印										
	住 所	〒										
	電話番号											
	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の氏名にて送付する。 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の氏名を記載しないで送付する。(納入通知書を除く。)											

(お願い) 送付先に変更が生じた場合、または変更が不要になった場合は、速やかに届け出てください。

※この欄は市が記入します。
(川越市役所介護保険課)

受付者	認 定	給 付	保 険 料	備 考
				入力チェック <input type="checkbox"/> WEL <input type="checkbox"/> ホスト