

介護保険関連通知送付先変更届

令和 年 月 日

山鹿市長 あて

変更希望の通知 ※希望する通知に✓をつけてください		保険料関連	介護保険料納付書 納付証明書 保険料額決定通知
		認定関連	介護認定結果通知 更新勧奨通知 介護被保険者証
		受給者関連	負担限度額認定証
		給付関連	特別給付(紙おむつ購入費支給)認定証 高額介護サービス費通知 高額医療合算介護サービス費通知

被保険者	住所	〒								
	氏名									
	生年月日	明治	大正	昭和	平成	年	月	日		
	電話番号									
	被保険者番号									
※届出が被保険者本人でない場合、下記届出人に委任します。 ※送付先変更に伴う不利益は全て届出人の責任とし、山鹿市に責任を問わないことを誓約します。										
届出人 (被保険者本人の場合は記載不要)	被保険者との続柄	親族(続柄:) その他()								
	住所	〒								
	氏名									
	電話番号									
希望送付先 ※希望する送付先に✓をつけてください		上記、被保険者・届出人住所と同じ								
		送付先氏名						被保険者との続柄		
		送付先住所	〒							
		送付先電話番号								
変更理由	1 介護保険通知は送付先に記載した者が管理をすることになっているため 2 一時的に住民登録地と異なる住所に居住(入院)しており、通知が届かないため 3 その他(具体的に) ()									
市町村記入欄	受付日	入力日			担当					