

介護保険関連通知 送付先変更届

山鹿市長 様

下記のとおり届出します。

この届出により生じた問題は、届出人が責任を持って対処することを了承します。

		届出年月日		年	月	日
届出人	氏名			本人との関係		
	住所	〒 ※届出人が被保険者本人の場合は住所と電話番号は記入不要 電話番号 - -				

被保険者番号の記載がない場合は、この届出を受け付けることはできません。

被保険者	被保険者番号										
	フリガナ					生年月日	年 月 日				
	氏名										
	住所	〒 電話番号 - -									

変更希望通知 ※希望する□に✓		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	負担割合証 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

希望送付先 ※該当する□に✓		被保険者住所 と同じ		→	宛名を被保険者本人以外にする場合	
		(戻す場合も含む)			(氏名)	
		届出人住所 と同じ				
		被保険者・届出人の住所以外を希望する場合				
		氏名			本人との関係	
	住所	〒 電話番号 - -				

変更の理由 ※該当する□に✓	☐ 入院、退院したため	☐ その他(具体的に)
	☐ 施設入所、退所したため	
	☐ 本人が書類の管理が困難であるため	
	☐ 成年後見人等選任のため	
	☐ 本人死亡のため	

市記入欄	届出人の身元確認書類	受付日	入力日	担当
	免 マ 保 通 他()			