

介護保険 被保険者証等郵送先変更申請書

(あて先) 那珂川市長

次のとおり、送付先の変更をお願いします。なお、変更の必要がなくなった場合は、速やかに連絡いたします。
また、貴市にご迷惑をかけないよう、郵便局への転居届の手続き、または住所地の郵便物の定期的な確認にも努めます。

		申請区分	窓口 ・ 郵便 ()
		申請年月日	年 月 日
申請者	氏名	本人との関係	本人・家族(続柄)・その他()
	住所	〒 (電話番号 -)	
提出代行者		(居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	

被保険者	番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			

郵送先	フリガナ	
	住所	〒 (電話番号 -)
	フリガナ	
	宛名	

送付する書類等	1. 全て 2. 資格管理帳票 (被保険者証など) 3. 賦課管理帳票 (納付書、通知書など) 4. その他 ()
申請の理由	1. 本人入院のため 2. 長期不在のため 3. その他 ()

備考

収 受 印

回 覧	課長	係長	担当