介護保険関係通知送付先変更届出書

届出日　　　　　　年　　月　　日

西海市長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  |
| 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒TEL　　　（　　　）　　　　 |

　上記被保険者に関する、すべての介護保険関係書類について、下記のとおり、送付先の変更を届出ます。

変更送付先住所

|  |
| --- |
| 送付先住所〒TEL　　　　（　　　　）　　　　　 |
| 送付先変更理由 |

●被保険者もしくはご家族の方の届出をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住所 | 〒TEL　　　　　（　　　　）　　　　　　 |