

# 介護保険関係書類送付先変更依頼書

国民健康保険税・後期高齢者医療保険料に関する通知についても、該当がある場合は、本依頼の内容に準じて送付先変更の取扱いとさせていただきます。

送付先郵便番号 干 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

宛名氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

下記の事情により、下記被保険者の介護保険制度に係る「介護保険被保険者証」、「要介護認定に関する通知」、「保険給付に関する通知」等を上記住所へ送付してください。

※該当する□にレを記入。

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入院しているため。     | <input type="checkbox"/> 施設に入所しているため。 |
| <input type="checkbox"/> 認知症高齢者世帯のため。  | <input type="checkbox"/> 死亡のため。       |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                       |

令和 年 月 日

大田原市長 様

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

被保険者 被保険者番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※申請者が被保険者本人の場合は記入不要。

決 裁	課 長	係 長	係