

介護保険に係る被保険者証等送付先変更(終了)届

フリガナ		保険者番号	0	4	2	1	4	3
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女					
住所	電話番号 ()							
区分	<input type="checkbox"/> 新規届 <input type="checkbox"/> 内容変更 <input type="checkbox"/> 終了							
送付先 (届出者と同じ場合は記入する必要はありません)	フリガナ							被保険者との関係
	氏名							
	住所	〒 —						
	電話番号							
変更期限	<input type="checkbox"/> 1回限り <input type="checkbox"/> 当分の間 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> その他 ()							
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> その他 ()							
変更する帳票	<input type="checkbox"/> 共通(全部) <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 利用者減免関係 <input type="checkbox"/> 認定情報関係							
備考								

東松島市長 様

上記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先について変更したいので 届出いたします。
変更の終了を

令和 年 月 日

届出者 住所

氏名

電話番号

被保険者との関係 ()

【添付書類】

- ・届出者の身分証明書(免許証、保険証等)

※なお、郵送申請の場合の郵送料は自己負担となります。

(記載例)

介護保険に係る被保険者証等送付先変更(終了)届

フリガナ	ヒガマツ ハナコ	保険者番号	0	4	2	1	4	3				
被保険者氏名	東松 花子	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	明・大・昭 5 年 4 月 3 日	性別	男・女									
住所	東松島市 ■■ 字 ○○ xx 番地 電話番号 (87 - 3456)											
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規届 <input type="checkbox"/> 内容変更 <input type="checkbox"/> 終了											
送付先 (届出者と同じ場合は記入する必要はありません)	フリガナ											被保険者との関係
	氏名											
	住所	〒 —										
	電話番号											
変更期限	<input type="checkbox"/> 1回限り <input checked="" type="checkbox"/> 当分の間 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> その他 ()											
変更理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input checked="" type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> その他 ()											
変更する帳票	<input checked="" type="checkbox"/> 共通(全部) <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 利用者減免関係 <input type="checkbox"/> 認定情報関係											
備考	<input type="checkbox"/> 同居家族がいない <input type="checkbox"/> 取りに行く人がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届が提出できない											
東松島市長 様 上記の被保険者に係る介護保険関係書類の送付先について変更したいので届出いたします。 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 届出者 住所 <u>〇〇市 ΔΔ OT目 x-x</u> 氏名 <u>東松 次郎</u> 電話番号 <u>090-1245-2345</u> 被保険者との関係 (<u>子</u>)												