様式

介護保険関係書類送付先変更（適用終了）届出書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり届出ます。

		届出年月日	年　月　日
届出者氏名	㊞	被保険者との関係	
届出者住所	〒 電話番号　－		

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所欄の記載は不要です。

届 出 区 分	1　変更　　2　適用終了

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		性　別	生　年　月　日
	氏　　名		男・女	明・大・昭 年　月　日
	住　　所	〒 電話番号　－		
※届出区分が変更の場合は、以下の欄も記入してください。				
送付先	フリガナ		被保険者との関係	
	氏　　名			
	住　　所	〒 電話番号　－		
送付する書類		1　介護保険関係の全部 2　被保険者証のみ 3　保険料関係のみ 4　給付関係のみ 5　その他（　　）		
届出の理由				

保険者確認欄	□　受給者管理　　□　納付管理　　□　給付実績管理