介護保険 書類送付先申出書

黒 潮 町 長 様

次の被保険者の**介護保険に関する書類について**、下記のとおり送付先を申し出ます。

なお、送付先が変更となった場合は、速やかに連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 明・大・昭 　　年　 　月　　日生　 |

**ＡまたはＢのどちらかに○をし、送付先等を記入してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ａ** | **全て**の介護保険関係書類を | 下記①へ送付 |
| **Ｂ** | **保険料**関係書類は、 | 1. ・　 ②　　へ
 |
| **保険料関係以外全て**の書類（資格・給付等)は、 | 1. ・　 ②　　へ
 |

**※Ｂは、保険料案内はご家族へ、その他の書類（更新案内等）は施設へ、など、分ける場合**

|  |  |
| --- | --- |
| 届出の理由 |  |
|  |
|  | 送付先① | 送付先② |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒 | 〒 |
| 本人との続柄 |  |  |
| 電話番号 |  |  |

|  |
| --- |
| **※申請者が本人または家族以外の場合は、了承を得て申し出てください** |

令和　　　年　　　月　　　日

申出者

住所

氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）

電話番号