

介護保険関係書類送付先異動届

受付年月日

介護保険に関する全ての書類の送付先を下記に異動することを届出します。

被保険者番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
フリガナ			
被保険者氏名	生年月日	M・T・S	年 月 日
	性別	男	・ 女
被保険者住所 (変更前の送付先)	〒 _____ 電話番号 () _____		

新送付先住所 (変更後の送付先)	〒 _____ 電話番号 () _____		
フリガナ			
新送付先氏名 (変更後の送付先)	様方(続柄) _____)		

※新送付先氏名には、書類の受取人氏名もしくは送付先の施設名を記入してください。送付先が施設の場合、書類は施設にいる本人宛に郵送されます。施設の担当者を受取人には指定できませんのでご注意ください。

送付先 変更理由	1 本人が書類の管理困難な状態のため 2 本人が施設に入所したため 入所施設 (_____) 3 その他 (_____)
-------------	--

笠間市長 様

令和 年 月 日

【被保険者氏名 _____】

届出人住所

届出人氏名 _____ (続柄 _____)

※ 笠間市記入欄

受理状況	送付先一覧入力年月日	保険料賦課状況	一覧入力者印
<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 調査時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 特徴 <input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 両方 □座登録 (有 ・ 無) 保険料決定日(更正決定日) 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者	
	宛名管理入力年月日		宛名管理入力
	令和 年 月 日		
	生活保護の受給有無		
	生保 ・ 一般		