

# 介護保険 通知書等送付先変更(新規・変更・終了)届出書

安八郡広域連合長 様

	申請年月日	令和	年	月	日
申請者住所	〒           —				
申請者氏名					
被保険者との関係					

被保険者番号					
被保険者住所	〒           —				
被保険者氏名					
電話番号	(            )				

変更先住所	〒				
宛 名					
電話番号	(            )				
変更理由					

※ 上記のとおり申請いたします。

※ 貴広域連合に対し、この送付先変更届出によるご迷惑をおかけいたしません。

身 元 確 認	1点で良いもの	2点必要なもの	受付者
	<input type="checkbox"/> 国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 各種障害手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 各種公的年金証書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他	

(事務局処理欄)	被保険者事務処理システム				送付先変更届出一覧表台帳記入	
	送付先入力者・入力日		関連付入力者・入力日		記入者印	記 載 日
		/		/		