

介護保険に関する郵便物の送付先変更 届出書

【国民健康保険・後期高齢医療保険に関する郵便物の送付先変更は、各担当への届出が必要です】
 国民健康保険・後期高齢者医療保険に関する郵便物の送付先変更を希望します。

交野市長 様

【 要 ・ 不 要 ・ 済 】

次のとおり、被保険者本人または、_____ 様 の同意に基づき、

介護保険に関する郵便物の送付先の住所の変更を届け出ます。

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	○ ○ ○ ○	性 別	男 ・ 女
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		明・大・昭 年 月 日	
	住 所	〒 _____ _____ 〆		

変 更 後 の 送 付 先	フリガナ		本人との関係
	氏 名		
	住 所	〒 _____ _____ 〆	
	郵便物宛て名の被保険者名表示について	・ 郵便物上の宛て名の表示は、次のようになります。 『（上記の送付先の氏名）様方（被保険者の氏名）様』 被保険者本人の氏名を表示しないことを希望する . . . <input type="checkbox"/>	
変更事項（複数可） 変更する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください (全てチェックがない場合は、全ての送付先を変更します。)	<input type="checkbox"/> 介護保険証、その他給付に関するもの <input type="checkbox"/> 保険料決定通知書、納付書等 その他保険料に関するもの ただし、保険料納付済確認書については、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の送付先も変更となります。		
変更理由			

※ 次の欄は、届出者が被保険者または変更後の送付先の方の場合は、記入は不要です。

届 出 者	フリガナ		本人との関係
	氏 名		
	住 所	〒 _____ _____ 〆	

高齢介護課記入欄	受付日	/	受付者	入力日	/	入力者
						宛名番号