

介護保険送付先変更届出書

香芝市長 様

			申請年月日	年 月 日
届 出 者	氏 名		被保険者 との関係	
	住 所	〒 電話番号		

下記のとおり被保険者に関する書類を送付するよう依頼します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0													
	フリガナ												生年 月日	年	月	日		
	氏 名												性別	男	・	女		
	住 所	〒 電話番号																
送 付 先	住 所	〒																
	方 書	(フリガナ)																
備 考																		

※なお、今回ご提出いただいた送付先変更は、香芝市国保医療課で行う後期高齢者医療業務にも適用させていただきます。もし、適用を希望されない場合は、備考欄にその旨をご記入ください。

※お手続きの際は、届出者及び対象者の本人確認書類（運転免許証等）を提示、または写しをご添付ください。

市記入欄

【 確認書類 】

〈申請者〉

☐免許証 ☐マイナンバー ☐健康保険証 ☐その他()

〈被保険者〉

☐免許証 ☐マイナンバー ☐健康保険証 ☐その他()

☐介護保険被保険者証

確 認	入 力	受 付