

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																
	フリガナ																
	氏 名																
	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。

事務処理欄

確 認	入 力