介護保険関係書類の送付先変更届

　　　　　　年　　月　　日

那須町長　様

【申請者】

氏名

被保険者との関係

〒　　　－

住所

電話番号　　　　－　　　　－

下記のとおり、介護保険関係書類の送付先変更を届け出ます。

【被保険者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 |  | | |
| フリガナ  氏名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒　　　－ | | |
| 電話番号 | －　　　　－ | | |

【書類送付先】

|  |  |
| --- | --- |
| 宛名 |  |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | －　　　　－ |
| 項目 | □全て　　□保険料　　□給付　　□利用者減免　　□認定 |
| 申請理由 | １　入院等により一時的に住所地を離れているため  ２　被保険者が病気等により書類の管理をできないため  ３　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |