

送付先変更届

受付者	国保医療課	来庁 ・ 郵送	年 月 日届
-----	-------	---------	--------

○この届には被保険者本人及び届出人の本人確認書類の写しを必ず添付してください。
 ○新たに送付先変更届が提出されるまで、下記の期間はこの届の送付先へ送ります。
 ○被保険者本人の住所が変わった時には再度この届を出してください。
 (届のない場合は新住所地へ送付します)

被保険者番号		後期高齢者医療	○						
		介護保険							
被 保 険 者	フリガナ				生年月日		M・T・S 年 月 日		
	氏名								
	住所	〒					TEL		
※本人、 届出人 家族に限ります	フリガナ						続柄		
	氏名								
	住所	〒					TEL		
宛名等		・届出人宛に送る			・届出人氣付で送る			・その他	
送付先 ※「その他」の場合	フリガナ						続柄		
	氏名								
	住所	〒					TEL		
変更の理由 (具体的に記入してください)		・認知症のため			・独居のため			・入院または入所のため	
期間 (5年程度まで)		年 月 日 ~			年 月 日			永年	
他課連絡		以下の他課への連絡を 希望する ・ 希望しない <input type="checkbox"/> 高齢介護課 (介護保険担当課)							
特記									

処 理 欄	処理日	. .	個人コード					
	処理者		/					
	変更開始日	. .	変更開始日			. .		
	基幹業務支援システム入力	. .	基幹業務支援システム入力			. .		
	標準システム入力	. .	標準システム入力			. .		
	excel入力	. .	excel入力			. .		
	高齢介護課へ提供	. .						

受付印