

介護保険 送付先 変更・変更解除 申請書

被保険者番号		生年 月 日	年 月 日
被保険者氏名			
送付先住所	☐ 送付先変更を解除し、現住所に戻す 〒 —		
方 書			
郵便受取人			
現住所 ※解除のみ	〒 —		
申請理由			

上記のとおりを送付先の変更を申請します。

送付先を変更するに当たり、以下のことを誓約します。

- ・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった又は連絡が取れなくなった場合は、みよし市役所 長寿介護課介護保険担当が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・この申請に関するすべての責は申請者により負います。

みよし市長 様

令和 年 月 日

申請者
(記入者)

住所

氏名

被保険者との続柄

電話

※処理欄

本人 確認 ※記入者	写真 有	運転免許証・運転免許経歴証・マイナンバーカード・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・障害者手帳（身体・精神・療育）・その他（ ） から1点			
	写真 無	健康保険証・資格確認証（国保・後期等）・各種医療費受給者証・介護保険被保険者証・年金手帳・年金証書・雇用保険受給者証・社員証・その他（ ） から2点			
受付担当者		入力日		解除入力日	