

	事務局長	総務係長	保険係長	係
月				
日				

介護保険被保険者証等送付先 指定・変更・終了 届

被保険者番号			
フリガナ 被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	性別	男 ・ 女	

上記該当に を付けて下さい。

私にかかる介護保険被保険者証並びに介護保険に関する全ての通知書につきましては下記施設住所に送付して頂くよう届け出します。

なお、送付先に変更が生じた場合は遅滞なく届け出いたします。

入所施設名	電話 ()
施設住所	〒

変更の場合は変更後の施設名・施設住所を記入してください。
終了の場合は何も記入しないでください。(住所地に送付になります)

紀南介護保険広域連合長様

上記のとおり届け出します。

令和 年 月 日

郵便番号

住所

届出者

氏名

印

連絡先

()

本人との関係 ()

)