

郵送用

介護保険 送付先変更届

年 月 日

松原市長様

被保険者番号		明・大・昭
		年 月 日生
住民基本台帳住所	(〒 -)	
氏名		

上記住所を下記送付先住所に変更をお願いします。

送付先住所	(〒 -)	
送付先氏名	(被保険者との続柄)	
電話番号		

届出者(被保険者本人の場合は記入不要)

住所	(〒 -)	
氏名	(被保険者との続柄)	
電話番号		

送付先変更の理由

()

※添付書類

届出者が本人：被保険者の身分証明書（コピー）

届出者が家族：被保険者の身分証明書（コピー）、届出者の身分証明書（コピー）

届出者が上記以外：委任状、届出者の身分証明書（コピー）

(健康保険の被保険者証等の写しを添付される場合は、被保険者等記号・番号等にマスキングをしていただきますようお願いいたします。)

確認者

注) 一度変更届を提出されますと、住所地に戻したい場合でも、再度変更届を提出していただかないと送付先住所は変わりません。