

# 介護保険関係書類送付先変更届

令和 年 月 日

盛岡市長 様

次の被保険者に係る関係通知等の送付先を変更したいので届け出ます。

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

届出人	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
電話番号 ( ) -				

変更後送付先	フリガナ		被保険者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
電話番号 ( ) -				

変更する理由	
--------	--

送付先変更開始日	年 月 日
----------	-------

送付先変更書類 (希望するものに○をつけてください)	保険料関係	保険給付関係	保険証等認定関係・負担限度額認定関係
-------------------------------	-------	--------	--------------------

(市役所処理欄)

登録	システム名	登録年月日	受付者	確認者
	ライフパートナー	年 月 日		