

介護予防・日常生活支援総合事業関係書類送付先変更届

年 月 日

盛岡市長 様

次の被保険者に係る被保険者証及び負担割合証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
----------	-------

(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		