

送付先変更に伴う連絡票

1. 連絡があった日時
平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

2. 申立者

氏 名		本人との関係	
連絡先			

3. 連絡方法
☐来庁 ☐電話 ☐FAX ☐メール ☐その他()

次の者の送付先を下記のように変更願います。

対 象 者	被保険者番号														
	フリガナ													宛名番号	
	氏 名													生年月日	M・T・S 年 月 日
														性別	男 ・ 女
	住 所	〒 ー													

内容 ☐全部

☐一部(介護認定に関するお知らせ・保険料及び利用料に関するお知らせ)

送 付 先	氏名(施設名)		本人との関係	
	電話番号			
	住 所	〒 ー		

回 覧

受付	保険係		認定係	

