

介護保険 関係通知等送付先 変更・変更解除届出書

被 保 険 者	番号							生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	氏名							住所	〒 <input style="width: 40px;" type="text"/>				
送 付 先	氏名							住所	〒 <input style="width: 40px;" type="text"/>				
	被保険者との続柄								電話番号				

変更・解除の理由	
----------	--

重要事項

- ・江東区は、この届によって生じるいかなる損害等について、その責を負いません。
- ・介護保険関係通知等の送付先変更が既にされていて、その送付先から別の宛所へ変更をする場合は、元々設定されている宛先の対象者に変更の旨の了承を得ていること。
- ・被保険者本人の介護保険関係通知の送付先を、本人以外の宛先へ変更をする場合は、本人の同意を得ていること。

重要事項に同意の上、介護保険関係通知等送付先変更・変更解除届出書を届け出ます。

年 月 日

届出者氏名 _____ (被保険者との続柄 : _____)

確認書類チェック欄(郵送で届出の際は必ず添付し、チェックをお願いします。)

届出者の身分確認書類(運転免許証、健康保険証、介護保険被保険者証等)コピー1点添付

受付	入力	認定 係長	在宅 支援係