

介護保険関係書類 送付先変更届書
後期高齢者医療

令和 年 月 日

小鹿野町長様

住所

氏名

被保険者について（誰の送付先変更を行うか記入）

| | | | | |
|---------|--|--------|----|-----|
| フリガナ | | 被保険者番号 | 介護 | |
| | | | 後期 | |
| 被保険者の氏名 | | (生年月日) | 年 | 月 日 |
| | | (性別) | 男 | ・ 女 |

書類の送付先について（どこに送るかを記入）

| | | |
|--------|---------------|----------------------------|
| フリガナ | | (被保険者との関係) |
| 送付先の氏名 | | (生年月日) 年 月 日 (性別) 男 ・ 女 |
| 送付先の住所 | 〒 - TEL () - | |

| | | | | |
|---|----|--------|----|-----|
| 送付先を変更する帳票 (希望するものに○) (全て変更する場合は全てに○) | 介護 | 資格(認定) | 給付 | 保険料 |
| | 後期 | 資格 | 給付 | 保険料 |

窓口申請に来た人（送付先と同一の場合、下記について記載は不要です。）

| | | |
|------|---------------|----------------------------|
| フリガナ | | (被保険者との関係) |
| 氏名 | | (生年月日) 年 月 日 (性別) 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 - TEL () - | |

介護保険関係書類 送付先変更届書
後期高齢者医療

令和〇〇年〇〇月〇〇日

小鹿野町長様

住所 小鹿野町小鹿野300番地

氏名 小鹿野 太郎

被保険者について（誰の送付先変更を行うか記入）

| | | | | |
|-------------|-----------|--------|------------------------|-----------------------|
| フリガナ | リョウカミ ハナコ | 被保険者番号 | 介護 後期 | 000000001 00000001 |
| 被保険者の名 氏 | 両神 花子 | (生年月日) | S〇〇年〇〇月〇〇日 (性別) 男・女 | |

書類の送付先について（どこに送るかを記入）

| | | | | |
|------------|---|------------|------------------------|--|
| フリガナ | オガノ タロウ | (被保険者との関係) | 子 | |
| 送付先の名 氏 | 小鹿野 太郎 | (生年月日) | H〇〇年〇〇月〇〇日 (性別) 男・女 | |
| 送付先の 住所 | 〒 368-0105 TEL (0494) 75 - 4103 小鹿野町小鹿野300番地 | | | |

| | | | | |
|---|----|--------|----|-----|
| 送付先を変更する 帳票 (希望するものに○) (全て変更する 場合は全てに○) | 介護 | 資格(認定) | 給付 | 保険料 |
| | 後期 | 資格 | 給付 | 保険料 |

窓口申請に来た人（送付先と同一の場合、下記について記載は不要です。）

| | | |
|------|--------------|-----|
| フリガナ | (被保険者との関係) | 月 日 |
| 氏名 | 送付先と別の人の場合記入 | |
| 住所 | 〒 | |