

介護保険被保険者証等送付先登録届出書

令和 年 月 日

湯 沢 市 長 様

下記のとおり届出（新規・変更）いたします。

届 出 者	氏 名	(フリガナ)	【被保険者との関係】
	住 所	〒	
	電 話 番 号	()	

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		
	氏 名	(フリガナ)	
	住 所	〒	
送 付 先	住 所	〒	
	氏 名	(フリガナ)	【被保険者との関係】
	電 話 番 号	()	
変 更 理 由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 家庭の事情のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
変 更 開 始 日	令和 年 月 日 から (注) 送付先の変更を要しなくなった場合は、速やかにお届けください。		
変更を希望する書類			
備 考 (※市記入欄)	<input type="checkbox"/> 同居親族がいない <input type="checkbox"/> 取りに行く人がいない <input type="checkbox"/> 郵便局対応ができない <input type="checkbox"/> 住民異動届ができない <input type="checkbox"/> その他 ()		

(注) 上記届出内容に変更が生じた場合は、速やかにお届けください。