

介護保険に関する郵便物転送届

下記の住所への郵便物の転送をお願いします。 平成 年 月 日

申請者 住所 氏名 電話番号	〒 印 (続柄) 電話番号
-------------------------	----------------------------------

被保険者番号									
住所 被保険者 氏名	〒								

住所 転送先 (方書き) 氏名	〒
-----------------------	---

※ 転送先に方書きが必要な場合は、記入してください。

転送が必要な書類 (転送が必要な書類に チェックをつけてく ださい)	<input type="checkbox"/> 介護保険関係書類すべて
	<input type="checkbox"/> 資格関係書類 (介護保険被保険者証等)
	<input type="checkbox"/> 介護保険料関係 (介護保険料納入通知書等)
	<input type="checkbox"/> 介護認定関係 (要支援・要介護認定結果通知等)
	<input type="checkbox"/> 介護給付関係 (高額介護サービス費支給振込通知書等)

以下、市記入欄

受付印

登録確認	
処 理	確 認