



送 付 先 届 出 書

申込日	令和	年	月	日
<input type="checkbox"/> 新 規		<input type="checkbox"/> 変 更		<input type="checkbox"/> 廃 止

東かがわ市長 殿

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 続 柄 (被保険者からみた) _____
 電 話 (_____) _____

下記の被保険者に係る介護保険及び後期高齢者医療保険に関する書類等の送達について、送付先を設定していただきたく届け出ます。

記

被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日	
委 任 状	*申請者が被保険者と異なる場合のみ	送付先の届出に関して上記、申請者に委任します。 住 所 氏 名	
送 付 先	住 所	※本欄に記入のとおり表記されます。 〒 _____ 方書：	
	氏 名		
	電 話		被保険者からみた続柄：
旧送付先	*廃止・変更の場合のみ 〒 _____		
該 当 種 目	<input type="checkbox"/> 介護保険 (被保険者番号： _____) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 (被保険者番号： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
備 考	<input type="checkbox"/> 申請者来庁 <input type="checkbox"/> その他 (郵送・ _____)		

*必ずお読みください。(送付先の届出をおこなうと…)

この届出書により送付先を登録されますと、再度お届け(本用紙)をいただかない限り、廃止・変更されません。したがって、送付先に設定している人が転居等により住所、氏名等が変わる場合は、必ず再提出してください。また、送付先が成年後見人で、被保険者が死亡した際でも、相続人等からの申出があるまでは通知等が届く場合があります。

受付場所	市民課・引田窓口・大内窓口・長寿保健課	長寿保健課処理 <input type="checkbox"/>	
受付者		入力 /	確認 /