雲南広域連合介護保険　送付先（変更）届出書

雲南広域連合長　様

令和　　　年　　　月　　　日

　届出人氏名

住所・連絡先

被保険者との関係

　介護保険に関する送付文書について、下記のとおり送付いただきますよう届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　氏　名 | |  | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　番　号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 送　付　物　種　類　別 | **資格・認定関係**  （被保険者証、認定結果通知など）  **給付関係**  （給付費通知、負担限度額認定証など） | 〒  住所  宛名　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | |
| **保険料関係**  （保険料決定通知、納付書など） | 〒  住所  宛名　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | |
| 特　定　事　項  （変更する理由や期間などがあれば記入） | |  | | | | | | | | | |

※送付先を変更しない種別については未記入で結構です。