

# 文書送付先の変更に関する依頼書

依頼年月日 平成 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 宛

依頼者

被保険者住所.....

被保険者氏名.....

被保険者番号																			
個人番号																			

私が受け取るべき、介護保険に関する書類の送付に関して、下記の受取人あてに送付くださいますよう依頼します。

記

受取人ふりがな		承諾印	被保険者との続柄
受取人氏名			
受取人住所	〒 ー  電話番号		

変更依頼の理由	
---------	--

※ 送付先の変更を依頼する区分（該当する番号に○印を記入）

- 1 認定結果通知書・更新案内等など認定に関するもの
- 2 保険料納付書・領収済通知書など保険料の納付に関するもの
- 3 介護保険の給付決定通知（福祉用具・住宅改修等）・介護保険利用明細通知など保険給付に関するもの

