

令和 年 月 日

香取市役所高齢者福祉課 宛

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 () _____
被保険者との関係 _____

介護保険資格確認書等送付先変更願

当該被保険者に対する介護保険資格確認書等について、下記の事由により居住地での受取りが困難であるため、送付先を変更するよう依頼します。

なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被 保 険 者	被保険者番号	
	住所	
	氏名（カナ）	()
	生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日
転 送 先	住所	〒 -
	氏名（カナ）	()
	電話番号	()
	被保険者との関係	本人・親族 ()・成年後見人・その他 () ※申請者の身分を証する本人確認書類を提示ください。成年後見人は登記等の写しを添付すること。
送付先変更の理由		
送付先変更期間		停止・変更等の申し出がない限り有効なものとして取り扱う
転送書類		・資格確認書等 ・給付関係書類 ・保険料関係書類 ・その他 ()

入力確認

受付者

資格管理

保険料管理

給付管理