

保健介護課 送付先指定届（新規・変更・終了）

令和 年 月 日

送付先を

- 指定する (介護保険係 ・ 保健係)
- 変更する (介護保険係 ・ 保健係)
- 指定解除する (介護保険係 ・ 保健係)

被 保 険 者	ふりがな 被保険者氏名				生年月日 年 月 日
	被保険者番号	0000			
	住 所	〒 TEL			

申 請 者	ふりがな 申 請 者			被保険者との 続 柄	
	住 所	〒 TEL			

※ 申請者と送付先が異なる場合は記入してください。

送 付 先	住所	〒 TEL		
	ふりがな 氏 名			続 柄

確認欄

受付方法 (電話 窓口 その他) 入力日 _____