

様式第33号(第56条関係)

介護保険関係書類送付先変更(適用終了)届出書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり届け出ます。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号 —		

※届出者が被保険者本人の場合は、届出者住所欄の記載は不要です。

届出区分	1 変更 2 適用終了
------	----------------

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒 電話番号 —									
※ 届出区分が変更の場合は、以下の欄も記入してください。											
送 付 先	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒 電話番号 —									
送付する書類		1 介護保険関係の全部 2 被保険証のみ 3 保険料関係のみ 4 給付関係のみ 5 その他()									
届出の理由											

保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 納付管理 <input type="checkbox"/> 給付実績管理
--------	--