

## 品川区介護保険書類等 送付先変更依頼書

被保険者番号	
住 所	
フリガナ 氏 名	年 月 日生
変更理由	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除（本人住所地へ送付） <b>【理由】</b>
送付先 (解除の場合は 記入不要)	住所 〒 _____  送付先方 _____ 続柄 _____  連絡先（電話） _____

上記のとおり、品川区から送付される介護保険全般に関する書類の送付先変更を依頼します。

年 月 日

依頼者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

連絡先（電話） \_\_\_\_\_

※ 後期高齢者医療保険に関する通知の送付先も変更を希望する場合は、お申し出ください。

※ 高齢者医療係で別途確認が必要な場合、ご連絡することがあります。

変更を希望      する      ・      しない      /      対象外（国保・社保に加入中・生保受給中）

### 【区処理欄】

本人確認資料	<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他				
送付先確認資料	<input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(写真付き) <input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 公的通知 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書				
受 理 係	(窓口/ 郵送) <input type="checkbox"/> 保険料係 <input type="checkbox"/> 給付係 <input type="checkbox"/> 認定係 <input type="checkbox"/> 総合相談窓口				收受日   
受付	入力	点検	後期へ	入力日	
			<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 送付		