

宜野湾市介護保険送付先変更届出書

宜野湾市長 殿

宜野湾市介護長寿課からの郵便物の送付先変更を下記の通り届け出ます。
なお、この送付先変更届に対して生じた問題に関する責任は、届出人である私が負うことに同意します。

届出人 (4親等以内の親族以外は委任状が必要です。)		届出日	令和 年 月 日
住所	〒		
氏名		電話番号	
被保険者との続柄			
届出区分	新規 ・ 解除 ・ 変更		

記

被保険者

住所	〒		
氏名		電話番号	
被保険者番号		宛名番号	

※ 色枠は記入しないでください。

送付先

住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ 〒		
氏名		電話番号	
被保険者との続柄			

理由

<input type="checkbox"/> 入院又は施設入所のため
<input type="checkbox"/> 本人死亡のため
<input type="checkbox"/> その他()

送付先変更入力チェック表

	MCWEL介護		ACRO介護		WEL+高齢福祉	
	日付	印	日付	印	日付	印
入力						
確認						

受付者	
受付印	