

介護保険別送先設定申込書

年 月 日

大網白里市長 様

| | | |
|-------|----------|--|
| 被保険者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 | |
| 代 理 人 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 | |
| | 被保険者との関係 | |

私は、次の理由により介護保険の通知書等を下記の住所に送付するよう申し込みます。

理 由 _____

記

別 送 先

〒

住 所 _____
フリガナ

氏 名 _____

電 話 _____ 被保険者との関係 _____

別送先へ送付する通知書等（番号に○をつけてください）

1. 介護認定に関する通知、介護給付費通知書
2. 介護保険料に関する通知

| | | | | | | | | |
|------------------|-------|--|-----|-----|-------|------|-------|-----|
| 市 処 理 欄 | 申請者確認 | <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() | | | | 記載番号 | | |
| | 受 付 印 | 被保険者番号 | | | | | | |
| | | 別送先個人番号 | | | | | | |
| | | 処理完了日 | | 管 理 | 年 月 日 | | | |
| | | | | 認 定 | 年 月 日 | 高 額 | 年 月 日 | |
| | | 決 裁 | 課 長 | 副課長 | 班 長 | 班 員 | | 担 当 |