

保険者番号	0 4 5 0 5 4	被保険者氏名										
被保険者番号		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年		月		日				

申 出 者	以下のとおり、送付先の変更を申し出ます。			
	なお、この送付先変更に関する事項は、被保険者（又はその関係者）並びに送付先人に説明済みであり、生じた問題に対する責任は、申出者である私が負うことに同意します。			
	令和	年	月	日
	美里町長 様			
	フリガナ 氏 名	被保険者との続柄 本人・その他（ ）		
住 所	〒	—	※申出できる人は、本人・家族・成年後見人などです。	
（アパート・マンション名及び部屋番号）				
連絡先			☎	—

委任欄	私は送付先変更に係る申出を上の者に委任します。				令和	年	月	日
	【住所】	【被保険者氏名】						

登録区分		☐ 新規登録						☐ 変更登録						☐ 登録の解除					
送付先を 変更する書類		☐	資格管理・認定関係書類 (被保険者証、負担割合証等)								☐	保険料関係書類 (納入通知書等)							
		☐	利用者減免関係書類 (負担限度額認定証等)								☐	給付管理関係書類 (支給決定通知書等)							
変更期間		令和		年		月		日	～	令和			年		月		日		
		※期間が決まっていない場合は開始日のみを御記入ください。 ※解除の場合は終了日のみを御記入ください。																	
(「申出者と同一場合は 同上」と記入)	フリガナ											被保険者 との続柄							
	氏名																		
	住所	〒 — (アパート・マンション名及び部屋番号)																	
	連絡先	☎ — —																	

送付先を変更する 主な理由	☐ 入院	☐ 施設 入所	☐ 長期 滞在	☐ 判断力 の低下	☐ その他(
------------------	-----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

※解除の場合は今までの送付先を記入してください。

美里町 使用欄	受付日	令和 年 月 日	受付者	
	申出 方法	☐ 来所 ☐ 訪問 ☐ 郵送		
	入力日	令和 年 月 日	入力者	

収受印