

介護保険用送付先指定届

年 月 日

須賀川市市民福祉部長寿福祉課長

被保険者	住 所
氏 名	印
電 話 番 号	
被 保 険 者 番 号	

下記のとおり、「送付先」を指定(変更)したいので、届け出いたします。

記

(1)届出の種類
(該当項目に○)

- 送付先の指定→ (認定通知等 ・ 保険料通知等[※] ・ 給付通知等)
- 送付先の変更
- 送付先の指定取消→ (認定通知等 ・ 保険料通知等[※] ・ 給付通知等)
- 死亡手続時における送付先(相続人宛)の指定
(死亡時の住所地において文書を受け取る方がいない場合)

※保険料通知等には、保険料に関するお知らせのほか、未納時の督促等に関する通知も含む。

(2)指定送付先

1. 送付先氏名	(フリガナ)
2. 送付住所	〒 ー
	電話番号 ()
3. 有効期間開始日	年 月 日 から
4. 有効期間終了日	年 月 日 まで

(3)申請手続者

氏 名			
住 所			
ご連絡先		続 柄	

受付印

端 末 入 力

・ ・

介護保険用送付先指定届

記入例

令和2年 1月 1日

須賀川市市民福祉部長寿福祉課長

被保険者	住 所	須賀川市八幡町135番地
	氏 名	須賀川 牡丹
	電 話 番 号	0248-75-1111
	被 保 険 者 番 号	0000123456



下記のとおり、「送付先」を指定(変更)したいので、届け出いたします。

記

(1)届出の種類
(該当項目に○)

- 送付先の指定→ (認定通知等・保険料通知等^{*}・給付通知等)
- 送付先の変更
- 送付先の指定取消→ (認定通知等・保険料通知等^{*}・給付通知等)
- 死亡手続時における送付先(相続人宛)の指定
(死亡時の住所地において文書を受け取る方がいない場合)

^{*}保険料通知等には、保険料に関するお知らせのほか、未納時の督促等に関する通知も含む。

(2)指定送付先

1. 送付先氏名	(フリガナ) カイゴ タロウ 介護 太郎
2. 送付住所	〒 962 - 8601 須賀川市八幡町135 電話番号 0248(88)8117
3. 有効期間開始日	令和2年1月1日 から
4. 有効期間終了日	年 月 日 まで

(3)申請手続者

氏 名	介護 太郎		
住 所	同 上		
ご連絡先	080-0000-0000	続 柄	長 男

受付印

端 末 入 力

. .