

# 介護保険 郵便物転送（転送解除）申請書

坂 出 市 長 殿

介護保険にかかる郵便物の転送（転送解除）を下記のとおり申請します。  
 なお、本件について問題が生じた場合は私(申請者)が責任をもって処理し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを誓約いたします。

(※) 申請者が被保険者本人の場合、申請者の住所・電話番号は記載不要です。↓

		申請年月日	年 月 日
申 請 者	フリガナ	本人との 関 係	本 人 ・ 世帯主
	申請者氏名		その他 (            )
	申請者住所 (※)	〒            -            電話番号            -            -	

被 保 険 者	被保険者 番 号											
	フリガナ						生年月日	年 月 日				
	被保険者 氏 名						性 別	男 ・ 女				
	現 住 所	〒            -            電話番号            -            -										

転 送 先	転送先 住 所	〒            -            電話番号            -            -					<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	転送先 宛 名						<input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ
	転送期間	年 月 日 から            年 月 日 まで					

理 由 等	(            ) 転送を 申出し ます。 理由は 右記の とおり	1 被保険者証はじめ、書類等を管理する能力が本人にないため、 [続柄・            ]の[氏名・            ] まで郵送してほしい。 2 成年後見人制度による介護保険書類の管理のため。 3 郵便局で転送手続きを行う予定だが、間に合わないため。 4 一時的な施設入所・入院・ [            ] で不在と なるため。 5 その他 [            ]
	(            ) 転送を解除 します。	

記入欄	上記申請を受け付けてよろしいか。					
	課 長	課長補佐	係 長	介護保険係	入力	受付